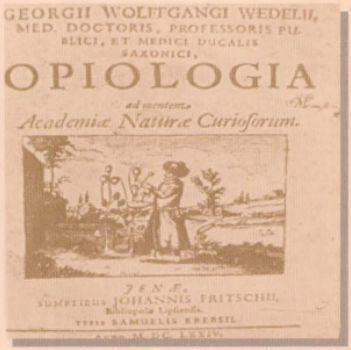
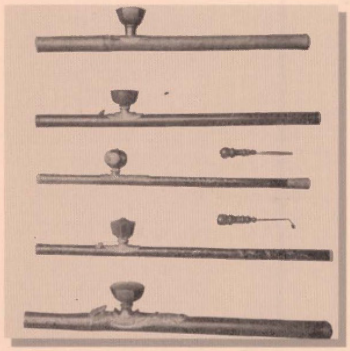
Claudio Cappuccino

dall' oppio *all'* eroina

un maledetto imbroglio





COX 18 BOOKS

dall'oppio all'eroina

un maledetto imbroglio

Claudio Cappuccino

DALL'OPPIO ALL'EROINA

un maledetto imbroglio

cox 18 books

COX 18 BOOKS
via Conchetta 18
20136 Milano
tel. 02/58105688 - 02/89400302

stampa: B&B Centro stampa Mozzate (Varese)

prima edizione: 1999

© Claudio Cappuccino 1999.
No copyright esclusivamente per i centri sociali. Per ogni eventuale riutilizzo si deve comunque contattare l'autore c/o COX 18 BOOKS e in ogni caso citare la fonte.

A Isa, amore, amica, compagna, sorella...
In tutto, per tutto

E a Primo Moroni, che lascia in tanti cuori
il segno del suo passaggio sulla terra

INDICE

Prefazione ix
Introduzione 1
1. Il fiore dell'oppio 5
Il papavero sonnifero; La coltivazione del papavero; Coltivazioni illegali e usi tradizionali dell'oppio
2. L'oppio nella storia (i) 12
Nella notte dei tempi...; Il bacino del Mediterraneo: Asia minore, Creta, Cipro, Egitto; L'oppio in Grecia agli albori della medicina; L'oppio nella Roma antica; Quando le scienze fioriscono solo fra gli Arabi; E l'oppio viaggia verso Oriente...; Nell'Europa dei secoli bui
3. L'oppio nella storia (ii) 21
Il Rinascimento: il nobile Fracastoro e il mistico, iconoclasta Paracelso; L'Europa dal XVI al XVII secolo; Medici affascinati dall'oppio: Thomas Sydenham e colleghi; William Heberden; L'oppio in Oriente: mercanti portoghesi, olandesi, francesi, spagnoli, inglesi...; L'oppio nell'India dei Moghul; La East India Company e il monopolio inglese dell'oppio; Nascita di una passione: l'oppio e la Cina
4. L'oppio nella storia (iii) 35
L'isolamento della morfina; L'oppio nell'Inghilterra della rivoluzione industriale; Una situazione tranquilla (che non può durare...); La Cina innamorata dell'oppio; Il Commissario Lin; La prima guerra dell'oppio; Le conseguenze della prima e la seconda guerra dell'oppio; Il dibattito anti-oppio alle origini del proibizionismo
5. L'oppio nella storia (iv) 47
L'oppio negli Stati Uniti fino al 1914; La morfina iniettabile; Le conferenze internazionali sull'oppio; La nascita del proibizionismo in Inghilterra e il British System; Le origini di una tragedia americana; Breve storia della legislazione italiana
6. Farmacologia e dintorni... 65
Oppio, morfina, eroina fra farmacologia e politica; I recettori degli oppioidi e gli oppioidi endogeni; Agonisti e antagonisti; Gli oppioidi naturali e semisintetici; Gli oppioidi di sintesi; Gli antagonisti puri; Assorbimento, metabolismo, eliminazione; Effetti degli oppioidi sul sistema nervoso centrale; Effetti sui diversi apparati; Effetti soggettivi degli oppioidi a seconda della via di somministrazione; Effetti collaterali e reazioni avverse; Tossicità; Le complicanze dell'uso di eroina "di strada"; Che cosa si può e si deve fare in caso di overdose; Oppioidi e malattia mentale, violenza, criminalità; Tolleranza e dipendenza; La sindrome da astinenza
7. A proposito di dipendenza 98
Breve storia del concetto di dipendenza; Che cosa vuol dire "dipendenza"?; Dipendenza psichica, dipendenza fisica, e tutt'e due insieme; Diverse forme di dipendenza psichica; Un'interpretazione della "dipendenza problematica"; Il consumatore "maturo" di oppioidi
8. Economia e geopolitica della droga 124
Alle radici di un problema; Produttori, venditori e consumatori di oppio; Geopolitica della droga; Il peso mondiale del mercato delle droghe; Riciclaggio; Tanti, maledetti, e subito; Le grandi vie del traffico; Sequestri; Dietro l'angolo; Sostituzione delle colture; Guerra alla droga

9. Un maledetto imbroglio 139
La politica di fronte alla droga; Proibire, proibire!; Le ragioni del proibizionismo; Le conseguenze del proibizionismo; Remore al cambiamento; Interessi da proteggere; "Diritto di drogarsi"; Uso medico e non medico, lecito e illecito; Da un abbaglio collettivo a un alibi politico; Legalizzare
Bibliografia 153
Glossario 158

Una nota per tutti...

In questo libro userò piuttosto a malincuore parole come "droga", "drogato", "abuso" (di "droga"), "tossicodipendenza/tossicodipendente", "tossicomania/tossicomane", "terapia" (della "tossicodipendenza") e simili. Queste parole sono poco chiare, non rigorosamente definibili, e soprattutto sono ormai cariche di un contenuto emotivo (e di un giudizio/pregiudizio morale) molto diverso da persona a persona. Il risultato è che ciascuno le definisce, le interpreta, le colora e le riveste di significati a modo suo. Lo stesso concetto fondamentale di "droga" è molto, molto ambiguo: basti dire che alcool, tabacco, caffè e psicofarmaci in genere - che rientrano in qualunque definizione tecnica di *sostanza psicoattiva* - sono per la maggior parte delle persone cose del tutto diverse dalle "droghe". Vorrei anche richiamare l'attenzione su inaccettabili giudizi di valore come il prefisso "tossico", riferito a sostanze proibite ma non necessariamente più tossiche di molte sostanze di uso comune o il suffisso "mania" che, al massimo, potrebbe riguardare solo certi casi estremi. O sulla forzatura ideologica dell'uso del termine "terapia" in relazione a qualcosa che non si può definire sempre e comunque "malattia". Purtroppo non è possibile evitare o sostituire queste parole. Solo per motivi estetici, rinuncio a metterle ogni volta fra virgolette, se non nei casi in cui ciò mi sembra assolutamente necessario.

... e una per i più esigenti

Mi scuso in anticipo, ma non tutte le affermazioni, le citazioni, e i dati possono essere documentati con precisione in un libro di questa natura. Anche la bibliografia è solo una parte di quella effettivamente consultata, e comprende solo i testi che io reputo fondamentali per una corretta comprensione del problema degli oppiacei. In particolare per la parte storica, rinvio il lettore che desideri ulteriori fonti bibliografiche ai testi citati alla fine di ogni capitolo. Ho invece cercato di dare precisi (anche se assolutamente non esaustivi) riferimenti alla letteratura scientifica per i punti più delicati e controversi.

PREFAZIONE

"Da parte di medici e giornalisti sono state scritte più sciocchezze sulle tossicodipendenze da narcotici che su ogni altro argomento medico" (R.Melzack e P.D.Wall)

"Il ritratto che i mass-media danno del consumatore di droghe non è dovuto a casuale ignoranza, ma è una parte coerente della mitologia del consenso. (...) Il mito del drogato è radicato nell'indignazione morale; sorregge il mondo ipotetico dei normali, (...) e proclama giustizia per i virtuosi e punizione per i peccatori. (...) Sollevando un panico morale sull'uso di droga, contribuisce enormemente alla pubblica ostilità verso il drogato e preclude ogni approccio razionale al problema." (J. Young) [1]

Dopo gli Stati Uniti d'America, che aprirono la strada nel 1914, tutti i paesi del mondo hanno adottato, magari su amichevole consiglio del caro vecchio zio Sam, una drastica soluzione per il "problema della droga": semplici, chiare leggi che proibiscono l'uso non strettamente medico di quasi tutte le "droghe" - e a volte, come nel caso dell'eroina e della Cannabis, *anche l'uso medico.*

Non credo che ci sia bisogno di ulteriori dimostrazioni per affermare che non è stato, non è e non sarà possibile far rispettare la proibizione. La storia degli ultimi ottant'anni dice chiaramente che le leggi "contro la droga" sono fra le più tragicamente irrazionali e controproducenti mai inventate dall'uomo. Sviluppo della criminalità organizzata, corruzione, morti, malattie, microdelinquenza diffusa... Il proibizionismo è una soluzione che ha creato una miriade di problemi immensamente più gravi di quello, in sé piuttosto marginale, che voleva risolvere: il problema che certe persone - in certe circostanze, per certi motivi - decidono di usare certe sostanze psicoattive.

Con la proibizione delle "droghe", abbiamo fatto nascere una specie di idra dalle mille teste, e ora ci troviamo a doverla combattere mettendo ogni giorno a rischio la vita di migliaia di persone e spendendo ogni anno migliaia di miliardi. Ma per ogni testa tagliata ne nascono dieci nuove. Il mercato illegale ha regolarmente neutralizzato o anticipato tutte le misure prese per combatterlo, riuscendo costantemente a espandersi e

---

1. Melzack R.-Wall P.D. 1988, pag. 220; Jock Young *The myth of the drug takers in the mass media.* In: Cohen S.-Young J. (eds) 1973, p. 334.

anche a moltiplicare le sue offerte al di là dell'immaginabile. Se è vero che errare è umano ma perseverare diabolico, di fronte a tutto questo c'è solo una cosa da fare: invertire la rotta. Lasciare sostanze obiettivamente pericolose in mano alla criminalità, senza controlli e senza regole, è sotto ogni aspetto molto peggio che distribuirle in farmacia.

❧ ❧ ❧

Qualcuno ha detto che in tutte le guerre la prima vittima è la verità, e la guerra alla droga non ha fatto eccezione. Per la massa dei cittadini è diventato difficile capire i veri termini del problema, anche perché non è assolutamente vero che il mondo attuale è caratterizzato dal facile accesso all'informazione. Sempre più spesso la cosiddetta informazione è fatta solo di bla-bla e luoghi comuni, e sulla droga, in particolare, hanno avuto spazio sui mass-media soprattutto coloro che hanno ripetuto a pappagallo le più grosse sciocchezze e sparato le più grosse bugie. Forse in nessun altro campo è stato così facile ignorare completamente i dati scientifici e stravolgere la verità dei fatti. Fin dalle origini, il problema della droga è stato costruito sul coinvolgimento emotivo dell'opinione pubblica, e le voci più pacate e razionali - neppure poi così rare - sono state regolarmente zittite e soffocate. Ma è ora che anche i politici più prudenti e conservatori aprano gli occhi sulla realtà. Da decenni si parla di clamorosi successi nella lotta alla droga e da decenni tutte le statistiche e gli stessi rapporti ufficiali evidenziano fallimenti e tragedie che vanno regolarmente e inesorabilmente peggiorando. Ormai dovremmo essere tutti perfettamente consci che la "droga proibita" è diventata il più grande affare del secolo, e il più formidabile incentivo per la nascita e lo sviluppo di potentissime organizzazioni criminali. Il mercato mondiale della droga vale oggi più di quelli del petrolio o dell'automobile, i profitti netti sono astronomici, non paragonabili a quelli di nessuna attività lecita, e dal potere economico nascono, come è ovvio, corruzione e potere politico. Il proibizionismo costituisce ormai una minaccia intollerabile non solo per la salute pubblica e l'ordine pubblico, ma anche per l'ordine economico-finanziario internazionale, per le possibilità di sviluppo di molti paesi, e per la stessa sopravvivenza della libertà e della democrazia. Di fatto, anche se molti ancora non se ne rendono conto, con la scusa della "guerra alla droga" si sta aprendo la strada ad avventure senza ritorno, che ci faranno sorridere del Grande Fratello di Orwell.

Nel nostro più profondo interesse, come individui e come collettività, io credo che dobbiamo cambiar strada al più presto. Affrontare il problema della droga in modo radicale - che non vuol dire avventuristico - libererebbe a mio avviso la convivenza civile, la politica interna dei singoli stati, e addirittura la politica internazionale, da un enorme peso. Verrebbe finalmente rimossa una massa incancrenita di blocchi, rigidità, interdizioni, veleni, menzogne, relazioni inconfessabili, che ha impedito e impedisce ogni

trasparenza. Ciò non vorrebbe dire "risolvere" il problema - perché quello della droga è un problema non meno insolubile di quelli dell'ineguaglianza, del disagio o della povertà. Ma vorrebbe dire riportarlo nei suoi ambiti fisiologici, ridurlo alla sua normalità. Vorrebbe dire accettare umilmente le nostre debolezze, i nostri limiti, e anche la nostra "biodiversità". In questo modo, molte delle sofferenze inflitte quotidianamente a milioni di persone sarebbero minimizzate o cancellate. E si potrebbero destinare molto meglio le migliaia di miliardi spesi ogni anno in programmi inefficaci, a volte persino controproducenti e dannosi.

❧ ❧ ❧

In tutti i tempi, in tutti i paesi, presso tutti i popoli, la grande maggioranza delle donne e degli uomini ha usato e usa sostanze psicoattive, cioè "droghe". Non c'è alcun motivo razionale per tollerare l'uso di certe sostanze e scatenare una specie di guerra mondiale contro certe altre, che peraltro, a dispetto della loro fama, e se non fosse per gli effetti perversi del proibizionismo, non determinerebbero in genere danni maggiori di quelle tollerate. In fondo, quali sostanze siano oggi lecite o illecite è stata solo una questione di rapporti di forza fra i governi e i gruppi sociali.

L'uso di droghe - e l'alcool, il tabacco, il caffè, gli psicofarmaci sono a tutti gli effetti "droghe" come la marijuana, l'eroina, la cocaina, l'LSD o il peyote - non è, come la corruzione, il furto, la rapina, lo stupro o l'omicidio, un male in sé. Piuttosto, come l'uso del denaro, della dinamite, del cibo o di un coltello, può essere un male, un atto indifferente, o anche un bene a seconda dei casi (non delle sostanze!). La stessa tossicità delle droghe (parlo delle sostanze pure, di qualità farmaceutica), e quindi il loro effetto sulla salute del consumatore, in gran parte dipende dalle modalità d'uso: come insegna la storia recente del tabacco, ciò che è essenziale per "ridurre il danno" è la qualità e la capillarità dell'informazione. A mio parere - e credo di parlare con sufficiente cognizione di causa - non ha senso focalizzarsi sulle sostanze, perché il problema è un problema profondamente umano e sotto questo aspetto (e in tutta la sua complessità) va considerato. Le sostanze in sé, separate dall'uomo, sono solo materia inerte. Al fondo di tutto, si tratta di scelte e di comportamenti individuali, personali, e il problema nasce da quello che noi - come società, come collettività - vogliamo fare di fronte a queste scelte e comportamenti. Se vogliamo rispettarli e capirli anche quando sono diversi da quelli della maggioranza dominante, se accettiamo di inquadrarli nel grande tema della libertà e dei diritti umani e civili, o se invece ci arroghiamo il diritto del più forte, e quando non ci piacciono, vogliamo poterli bollare come insani, impuri, eretici, ed escluderli dall'ambito della legittimità e legalità.

Forse si affronterà seriamente questo problema - che Helen Nowlis ha acutamente ridefinito "il problema del problema della droga" - solo nel momento in cui si verificherà

una grave rottura, uno di quegli eventi inaspettati e drammatici della storia che rendono possibile una diversa presa di coscienza collettiva di fronte a un fenomeno complesso e difficile da comprendere. Del resto, lo stesso proibizionismo - di cui vedremo le origini - è stato una vera rivoluzione ideologica che nel giro di pochi anni ha cambiato radicalmente il modo di vedere le "droghe" e i "consumatori di droghe", sostituendo una tollerante indifferenza con una violenza scatenata.

Nella situazione attuale, non so se è ragionevole sperare a breve in un sussulto di rinsavimento collettivo. Nonostante la sua inefficacia, o forse proprio grazie ad essa, la "guerra alla droga" è diventata uno strumento politico molto efficace per ottenere consenso popolare e conservare il potere, che non sarà abbandonato a cuor leggero. È un dato di fatto che finora tutte le speranze sono andate deluse, e forse il compito di rivedere le leggi sulle droghe sarà lasciato a un'altra generazione. Ma non mancano significativi elementi di novità come la schiacciante sconfitta di coloro che in Svizzera volevano abolire via referendum la somministrazione controllata di eroina ai tossicodipendenti, e i recenti successi a favore della "marijuana terapeutica" negli Stati Uniti. Forse possiamo avere ancora un minimo di fiducia nel fatto che - come disse Abramo Lincoln - è possibile ingannare chiunque una volta, e qualcuno sempre, ma non tutti sempre.

❧ ❧ ❧

Mi sia anche permessa qualche riga sul tema "giovani e droghe", perché non lo toccherò specificamente nel libro. A differenza di un tempo, oggi le droghe sono diventate per i giovani parte della vita quotidiana. Ogni adolescente è di fronte alle scelte e ai problemi, spesso difficili e drammatici, della droga. Credo che la maggior parte dei più convinti proibizionisti intendano innanzitutto difendere i giovani da quella che vedono come un'aggressione della criminalità verso la parte non tanto più indifesa, quanto più sensibile e influenzabile della società. E allora, proprio queste persone sono invitate a una seria riflessione. Aver reso illegali le droghe, e tentare di proibirle, crea una serie di danni diretti e indiretti per tutta la società, ma soprattutto per i giovani. Solo la proibizione ha offerto infatti al crimine l'opportunità di puntare al mercato giovanile. La proibizione rende le droghe molto più attraenti - e molto più cariche di potenti significati simbolici - di quanto esse potrebbero essere in un regime di "normale" libertà e di "normali" regole. I giovani vengono spinti a vedere le droghe proibite soprattutto come un'opportunità di autoaffermazione, di trasgressione alle regole, o di franca ribellione verso il mondo costruito dagli adulti (un mondo che, obiettivamente, non è poi questo grande successo). Questi atteggiamenti sono assolutamente normali e positivi, fanno parte del normale processo di crescita e di maturazione, e deve essere così. Guai se almeno i giovani non osassero ribellarsi alle regole, specialmente a regole sotto molti aspetti gratuite e ingiustificabili. Guai se almeno i giovani non avessero il coraggio di

cercare, innovare, sperimentare, o anche sfidare il potere costituito, specie se in affermazione del sommo bene della libertà. Solo questo coraggio - e i rischi di queste libere scelte - permettono il progresso della società, mentre un cieco, muto, unanime conformismo caratterizza i periodi più cupi della storia. È stato ed è quindi un gravissimo, imperdonabile errore far diventare le droghe un simbolo di autonomia e di libertà.

❧ ❧ ❧

Due parole su come è nato questo libro.

Ho ampiamente passato i cinquant'anni. Per i casi della vita, ho sfiorato il mondo della "droga proibita" in anni in cui ancora, apparentemente, in Italia non esisteva per nessuno (men che meno per i politici e i giornalisti). Mi sono poi appassionato alla lunghissima storia dell'uso di sostanze psicoattive e alla complessità e vastità del problema, che tocca in qualche modo tutti gli aspetti della natura e della cultura umana: la materia e lo spirito, la medicina e la filosofia, l'arte e la religione, il desiderio di conoscenza e la ricerca della felicità. Che ci fa riflettere sul chi siamo e sul che cosa vogliamo diventare, sulle nostre più profonde paure e sul nostro bisogno di scoperta, sulle nostre debolezze e sul nostro coraggio di affrontare l'ignoto, nonché sulla ricerca senza fine di un equilibrio fra l'ordine sociale e la libertà individuale.

Alla fine, sebbene abbia sempre avuto un istintivo rifiuto per la "visibilità", sono giunto a pensare che forse aveva un senso mettere in pubblico, condividere, quello che per me è stato un po' più che un interesse culturale fra gli altri. In un primo tempo pensavo all'ennesimo libro "sulla droga", ma poi ho deciso - su proposta dell'indimenticabile Primo Moroni e degli amici di COX 18 - di limitarmi agli oppiacei, e di guardare soprattutto alla loro storia.

Gli oppiacei sono alle origini del proibizionismo moderno, e devono essere, a mio avviso, le prime sostanze da riconsiderare e rivalutare. Sono certo le "droghe" più incomprese e temute, le più malfamate e le meno conosciute. Ma gli oppiacei sono anche strumenti terapeutici nel senso più alto del termine, farmaci insostituibili nella lotta alla sofferenza del corpo e dello spirito, e certamente sono fra le poche "sostanze proibite" di cui la medicina non potrà mai fare a meno. Il problema è semmai quello di usarli al meglio, in tutte le loro potenzialità, per alleviare le pene a cui, nella nostra fragilità, non possiamo sfuggire.

Gli oppiacei non sono droghe per il divertimento. Non portano a godersi la vita, ad aprirsi a nuove sensazioni, a espandere la curiosità e gli interessi. Sono le sostanze del ritiro in se stessi, dell'isolamento, del sollievo dalle sofferenze o, al massimo, del riposo. Quando erano liberi e leciti per chiunque, non erano particolarmente usati dai più giovani, né tantomeno dagli adolescenti. Oggi, la situazione in cui ci siamo cacciati li ha

resi molto attraenti proprio per loro. In qualche modo, con la proibizione e la cattiva informazione è stata creata l'immagine dell'eroina come "sfida ultima". Da un lato, atto estremo di ribellione, massimo rischio e quindi massimo atto di coraggio. Dall'altro, fuga, rinuncia, abbandono della lotta, chiusura alle prove della vita - solo un passo al di qua dell'annullamento e del suicidio. In questo modo, proprio le sostanze più convenienti per la mafia sono diventate le più affascinanti per coloro che spontaneamente se ne sarebbero tenuti lontani. Ed è difficile immaginare una maggiore perversione - che certo non è stata consapevolmente voluta da nessuno, ma che è nata direttamente e ineluttabilmente dalle forze che hanno messo in moto il proibizionismo.

❧ ❧ ❧

Fermiamoci, veramente, a pensare. Di fronte al mostro che abbiamo creato, ai danni e alle tragedie che abbiamo provocato, vogliamo ancora consolarci nelle nostre fragili certezze? Vogliamo continuare? O vogliamo, finalmente, responsabilmente, svelare questo imbroglio, spezzare quest'abbraccio mortale?

È ampiamente suonata l'ora di diventare concreti e pragmatici, di non puntare più a un Bene ideale e irrealizzabile - ammesso e non concesso che sia un bene per tutti - ma alla concreta minimizzazione dei mali quotidiani con cui, come complicati e imperfetti esseri umani, dobbiamo confrontarci e convivere. La droga è solo uno dei molti problemi che abbiamo davanti e che saranno la sfida della prossima generazione. E poiché si tratta di un problema in gran parte artificiale, dovuto a un approccio errato, è profondamente ingiusto, oltre che folle, dedicare ad esso tanta parte delle preziose e limitate risorse pubbliche. È già molto, troppo tardi. Milioni di persone hanno molto sofferto, milioni sono morti. Altri stanno soffrendo e sono a rischio di morire. Dobbiamo ragionare, e dobbiamo agire. Noi. Ora. Perché, per riprendere l'accorato appello del Talmud*: "Se non noi, chi? Se non ora, quando?"*

❧ ❧ ❧

Devo a questo punto un grosso ringraziamento a Max e a Pupo di COX 18 per l'incoraggiamento che mi hanno dato e per la pazienza con cui hanno atteso questo lavoro, e a mia moglie per un anno di letture e riletture, consigli e consolazioni.

In chiusura, prego il lettore di credere che sono perfettamente conscio dei limiti e delle omissioni di questo libro. Certo mi saranno sfuggiti degli errori. Le mie opinioni sono ovviamente opinabili. Spero solo di aver contribuito a una maggior consapevolezza del problema con un po' di informazioni e qualche spunto di riflessione.

Milano, maggio 1999

INTRODUZIONE

"*L'oppio, pericoloso soprattutto per le sciocchezze ispirate a tutti coloro che ne hanno parlato senza conoscerlo*" (A. de P.)

"*(...) c'é qualcosa di molto particolare nelle droghe illecite. Se è vero che non sempre determinano un comportamento irrazionale nelle persone che le usano, è altrettanto vero che molto spesso lo determinano in coloro che non le usano*" (L. Grinspoon)

"*È probabile che più danni e miserie siano stati causati dagli uomini determinati a usare la forza per cancellare il male che dagli uomini intenti a fare il male*" (F. A. von Hayek)[1]

Che cosa hanno in comune Richard Wagner, Marco Aurelio, Coco Chanel, Pablo Picasso, Umberto Saba, Anton Cechov, Jules Verne, Max Roach, Francisco Goya, Charles Dickens, Maurice Chevalier, Ottone di Bismarck, Marcel Proust, Charles Darwin, Mikhail Bulgakov, Edith Piaf, Friedrich Nietzsche, Guillaume Apollinaire, Graham Greene, Ilja Metchnikoff, Jack London, Fats Navarro, Guy de Maupassant, Jean Cocteau, Maria Teresa d'Austria, Johann Wolfgang Goethe, Paul Gauguin, Malcolm X, Benjamin Franklin, Salvador Dalí, Tadd Dameron, Antonin Artaud, William Halsted, Amedeo Modigliani, Miles Davis, il cardinale Richelieu, Misia Sert, Charles Baudelaire, Françoise Sagan, Georges Auric, Heinrich Heine, Louis Laloy, Herbert Spencer, Hans Christian Andersen, Billie Holiday, Charlie Parker, Friedrich Glauser, Laurent Thailade, Federico II di Prussia, Avicenna, Luigi XIV, Luigi XV, Luigi XVI, Gerry Mulligan, Chu Teh, l'imperatore del Messico Massimiliano d'Asburgo, John Coltrane, lo zar Pietro il Grande, Robert Byron, Edgar Allan Poe, Jean Larteguy, Jules Boissière, Hans Fallada, Pierre Loti, William Wilberforce, Ray Nance, Clara Malraux, Art Blakey, Elisabeth Barrett Browning, Ray Charles, Erika e Klaus Mann, John Keats, Fernando Pessoa, Lenny Bruce, Elvin Jones, William Burroughs, Bill Evans, Caterina di Russia, Annemarie Schwarzenbach, Chet Baker, Francis Carco, René Daumal, Roger Vailland, Paracelso, Sonny Rollins, Octave Mirbeau, Percy Bysshe Shelley, Thomas Sydenham, Pierre Ronsard, Max Jacob, Francis Picabia, Stan Getz, Kenny Clarke, Mário Sá-Carneiro, Robert Louis Stevenson, Alphonse Daudet, Sonny Stitt, Alphonse de Lamartine, Florence Nightingale, Elvis Presley, Jean Lorrain, André Salmon, Algernon Charles Swinburne, Mezz Mezzrow, Thomas de Quincey, Hubert Selby Jr, Friedrich Novalis, William Wordsworth, Blaise Cendrars, Alfred Jarry, Edmond Jaloux, Paul-Jean Toulet, Géza Csáth, Albert de Pouvourville, Victor Ségalen, Emily Hahn, Sadègh Hedayàt, Roger

Gilbert-Lecomte, Jacques d'Adelsward Fersen, Joseph MacCarthy, Hermann Göring, Aleister Crowley, Wilkie Collins, Art Pepper, Alexander King, Bertha Pappenheim, Claude Farrère, Francis Thompson, Walter Scott, George Crabbe, Samuel Taylor Coleridge, e milioni di altre persone? Che per un certo periodo della loro vita - breve o lungo - hanno usato oppiacei. Alcuni di loro sono vissuti prima che quella terribile specie di moralisti che sanno sempre qual è il vero bene degli altri inventassero il proibizionismo - e quindi hanno potuto vivere in pace prendendo, o non prendendo, le loro "droghe". Altri, nati per loro sfortuna troppo tardi o dal lato sbagliato della strada, sono caduti nei rigori della Legge e spesso hanno perso - oltre che molto denaro - la libertà, la reputazione, la salute o addirittura la vita. Di molti si sa poco: una volta, prendere droghe era solo un fatto personale, e non meritava attenzione né faceva notizia. Di altri è stato pubblicato fin troppo sui giornali. Alcuni hanno lasciato precise testimonianze, o magari, come il dott. X, cartelle cliniche.

Questo del dott. X è un caso particolarmente interessante, che mi sembra utile presentare in apertura di questo libro. Il rapporto clinico completo si trova in un articolo di W. C. Cutting della *Stanford University*.[2] All'epoca in cui fu scritto, il proibizionismo imperversava in America da ventotto anni. Molti "tossicomani", magari un tempo rispettabili e onorati cittadini, erano finiti in carcere o nell'emarginazione. Molti medici erano stati perseguitati dagli agenti del *Federal Narcotics Bureau* di Harry Anslinger per aver prescritto "droghe" ai loro pazienti. E gli Stati Uniti stavano facendo gli ultimi sforzi per rendere illecito l'uso dell'oppio anche nei paesi che - come l'Egitto, l'Iran, l'Afghanistan, il Pakistan, l'India, la Birmania, la Thailandia, il Vietnam, il Laos, la Cambogia, la Malesia, l'Indonesia, Hong Kong[3] - ospitavano una numerosa quanto tranquilla popolazione di consumatori, che compravano l'oppio in negozi autorizzati, in genere sotto il controllo di monopoli statali. In America, l'immagine popolare dell'oppio, della morfina e dell'eroina era ormai quella dei giornali scandalistici di William Randolph Hearst: mafia cinese, corruzione di giovani fanciulle, sordide fumerie nelle cantine di *Chinatown*, morte per consunzione... La realtà era spesso assai diversa, e l'autorevole professor Cutting ha il coraggio di presentarla, seppur solo al mondo scientifico, con un esempio per certi versi estremo.

Il titolo dell'articolo è "*Morphine addiction for 62 years - a case report*", ovvero "*Dipendenza da morfina per 62 anni - rapporto su un caso*". Il dott. X, nato nel 1858 - e che all'epoca del contatto con Cutting aveva quindi 84 anni - aveva infatti preso quotidianamente morfina, salvo rare e brevi interruzioni, dal 1880, quando di anni ne aveva 22 e gli era stata diagnosticata la tubercolosi. Nella descrizione di Cutting, il dottor X appare un gentile e simpatico vecchietto che pesa meno di cinquanta chili, e che - a parte una lieve sordità - per la sua età sta molto bene in salute. Ha smesso di fare il medico solo da tre anni. In un'epoca in cui la morfina era stata a lungo in libera vendita non solo in farmacia, ma anche in drogheria o

per posta - e in cui comunque, anche dopo la proibizione del 1914, non erano possibili controlli a tappeto - come medico non ha mai avuto particolari difficoltà a procurarsela e quindi non si è mai rivolto al mercato illegale. All'esame clinico, nulla di rilevante per una persona della sua età. Quanto all'esame psichico, il rapporto dice testualmente: "*È del tutto evidente che il dott. X è stato ed è ancora una persona di capacità mentali assolutamente superiori, anche quando lo si confronta con persone molto più giovani. I punteggi nei test di informazione e comprensione (...) sono significativamente superiori a quelli medi ottenuti da persone di età fra i 20 e i 30 anni, l'età in cui si pensa che le funzioni intellettive siano al massimo (...). Nella risoluzione di problemi matematici (...) ha raggiunto il risultato di persone nella fascia di età di 45-49 anni*". Nelle conclusioni di Cutting, in questo caso di "*morfinismo puro, privo di complicazioni sociali*" e di "*indebite complicazioni economiche*", "*le evidenze di danni dovuti all'uso cronico di morfina sono sorprendentemente scarse, sia nelle funzioni fisiche che mentali*". Anzi, il caso del dottor X dimostra che "*il morfinismo moderato non interferisce necessariamente con le normali attività di un professionista per la normale durata della vita*".

Per farla breve. Se il dott. X ha fatto il medico con successo fino agli 81 anni di età, ed è arrivato agli 84 con minimi acciacchi fisici e in ottima forma intellettuale dopo ben 62 anni di uso continuato di morfina, mi sembra evidente che sulla morfina - e soprattutto sulla necessità di proibirla, insieme a molte altre sostanze, in quanto droga pericolosa e mortale, che trasforma le sue "vittime" in ebeti e in delinquenti - sono state, come minimo, dette e scritte un sacco di sciocchezze. La letteratura scientifica - come si vedrà in dettaglio nel capitolo 6 - è in realtà da decenni unanime e incontrovertibile. Gli oppiacei, *come tutti i farmaci*, hanno effetti non sempre uniformi, hanno indicazioni e controindicazioni, e possono determinare reazioni avverse. Come tutti i farmaci, possono anche uccidere se presi in dose eccessiva. Ma a differenza di moltissimi farmaci anche di uso comune - per non parlare di "droghe" legali come alcool e tabacco - non determinano significativi danni organici né deterioramento mentale nemmeno dopo molti anni di uso quotidiano. Per essere chiari: la *dipendenza* da eroina non è in sè più grave della *dipendenza* da sigarette, e l'eroina pura (che non è, è bene dirlo, quella del mercato nero) fa certamente meno male del tabacco. E queste cose, che faranno saltare qualcuno sulla sedia, non le dice il non autorevole autore di queste righe, ma le dicono rispettivamente il dott. Everett Koop, all'epoca *Surgeon General* degli Stati Uniti, nel rapporto "*Nicotine addiction*" del 1988 ("*Questo rapporto dimostra in dettaglio che l'uso di tabacco, e la nicotina in particolare, soddisfano tutti i criteri [che definiscono la dipendenza da droghe]*") e il prof. Vincent P. Dole della *Rockefeller University* di New York, un'autorità mondiale in fatto di oppiacei ("*Fumare sigarette è indiscutibilmente più dannoso per l'organismo umano dell'eroina*").[4]

Gli oppiacei sono stati usati per millenni da milioni di uomini. Prima della proibizione legale - che in America e in Europa inizia al tempo della prima guerra

mondiale - praticamente *tutti* li usavano occasionalmente come analgesici, antidiarroici o antitosse. Qualcuno diventava dipendente. Ma nessuno doveva rubare o prostituirsi per pagarsi "la roba", nessuno moriva di *overdose*[5], e in generale solo pochissimi avevano problemi seri con la loro droga.
Che questa piccola percentuale sia sempre esistita è assolutamente normale, perché qualunque debolezza umana, per qualcuno, può diventare un grosso problema: il cibo, il sesso, l'alcool, lo sport, la "linea", il gioco, la TV... Questi problemi non sono *causati* dalle cose, ma nascono da un'interazione complessa fra le persone, le cose, e le specifiche circostanze socio-ambientali. Noi non vediamo neppure i moltissimi consumatori di "droghe" che restano perfettamente inseriti nella società, a volte ai più alti livelli, ma vediamo fin troppo bene quella minoranza di "tossici" ridotti a vivere di accattonaggio e di piccoli furti nelle periferie disagiate. Pensare di risolvere questi problemi con la scure della legge penale non risolve nulla per le persone direttamente coinvolte, e anzi peggiora la loro condizione. Inoltre, crea una miriade di altri problemi più gravi, diffusi e persistenti, che riguardano l'intera collettività. Il caso della droga è secondo me un caso paradigmatico per ragionare su quelli che sono stati chiamati gli *effetti perversi dell'azione sociale.* Cercherò di renderlo evidente in questo libro, pur parlando essenzialmente degli oppiacei, perché sotto molti aspetti questi sono una specie di prototipo della droga.

Note

1. A. de P. (Albert de Pouvourville?) citato da J. Larteguy 1979, p. 21; Lester Grinspoon in: Krauss M.B.-Lazear E.P. 1991, p. 379; F.A. von Hayek (in: S. Wisotsky 1986, p. xvi).

2. *Stanford Medical Bulletin* 1:39-41 (August 1942).

3. I nomi sono quelli di oggi: ma nel 1942 l'India era ancora colonia inglese e comprendeva il Pakistan; Vietnam, Laos e Cambogia erano colonie francesi; l'Indonesia si chiamava Indie Olandesi; la Thailandia era il Regno del Siam...

4. E. Koop in: Health Consequences of Smoking 1988 (p. iv-v); V.P. Dole in: Brecher E.M. et al. 1972, p. 25.

5. Per amor di verità, e anticipando ciò che verrà detto in seguito, se l'*overdose* involontaria praticamente non esisteva, con l'introduzione della morfina iniettabile nacque il problema delle infezioni (dagli ascessi al tetano). La necessità di disinfettare la cute e quella di sterilizzare siringa e soluzione da iniettare furono spesso sottovalutate anche dai medici. La cattiva igiene personale e ambientale faceva il resto. Ma a lungo, di queste infezioni dovute all'ignoranza e alla trascuratezza fu incolpata direttamente la morfina.

1. IL FIORE DELL'OPPIO

Il papavero sonnifero; La coltivazione del papavero; Coltivazioni illegali e usi tradizionali dell'oppio

Il papavero sonnifero

Le origini del *Papaver somniferum*, il fiore dell'oppio, non sono chiare, e i suoi progenitori non sembrano più esistere nella varietà selvatica originaria.[1] Non è certa neppure l'area geografica di origine. Per la maggioranza dei botanici, il papavero vide la luce nell'area mediterranea. Certamente si tratta di una pianta coltivata fin dai tempi più antichi, e oggi se ne conoscono solo le varietà modificate da millenni di selezione da parte dell'uomo. In tutta l'area di coltivazione, Italia compresa, si trovano spesso piante rinselvatichite.
Il papavero sonnifero è una pianta annua, alta da 50 a 150 centimetri, con foglie di color verde-azzurro a margini dentati. I fiori - anche più di uno per pianta - hanno un diametro di circa 10 centimetri, e sono formati da quattro grandi petali (otto nei fiori doppi) di vario colore (bianco, malva, rosso, porpora,...) con o senza una macchia (violacea, nera, bianca,...) alla base. La fioritura dura solo pochi giorni, e dopo la caduta dei petali resta il frutto, una capsula di forma varia (tondeggiante, ovale, conica) e di grandezza altrettanto varia (da meno di 2 a più di 5 centimetri di diametro), sormontata da una specie di corona. Ogni capsula contiene migliaia di piccoli semi (bianchi, grigio-azzurri, nocciola, neri a seconda della varietà). I botanici classificano il genere *Papaver* in numerose specie. Dalle otto dell'originaria classificazione di Linneo (1753) si è passati alle novantanove riconosciute da Fedde nel 1909. Molti studiosi sostengono che i caratteristici alcaloidi del gruppo della morfina (morfina, codeina, tebaina) sono presenti in diverse specie di papavero - ma quando si passa a dire esattamente in quali non vi è più accordo. Secondo Popov (1970) e Gibbs (1974), per esempio, la morfina si trova anche nel *P. rhoeas* - il comune rosolaccio, il papavero rosso dei campi - oltre che in piante completamente diverse, come il luppolo, neppure appartenenti al genere *Papaver*. Secondo Duke (1976) invece, la morfina si trova solo in *P. setigerum* e *P. somniferum*, due specie così strettamente apparentate da essere a volte considerate solo varietà di una specie sola (Goldblatt 1976). Le varietà coltivate di papavero da oppio differiscono principalmente per la lunghezza dello stelo, la forma, la grossezza e la struttura della capsula, l'aspetto delle foglie, il colore dei petali e dei semi, e la diversa ricchezza in alcaloidi.[2]

Il mondo dell'oppio attraverso i libri

Moltissimi libri parlano dell'oppio. Il più prezioso è forse *Le Livre de la fumée* di Louis Laloy. L'oppio è il riposo serale del vecchio Gisors, nella Shanghai del 1927 narrata da André Malraux (*La condizione umana*). Emily Hahn, in *The big smoke* (dalla raccolta *Times and places*), ricorda la sua esperienza in Cina. I ricordi di Fernande Olivier (*Picasso e i suoi amici*) e la monumentale biografia di John Richardson (*A life of Picasso*) descrivono l'uso dell'oppio fra gli artisti di Montmartre all'inizio del secolo. Irrinunciabili sono *Opium*, il "diario della disintossicazione" di Jean Cocteau ("*La sostanza grigia del cervello e la sostanza bruna formano le più belle armonie*") e la *Lettera al Signor Legislatore della Legge sugli Stupefacenti* di Antonin Artaud ("*Signor Legislatore della legge del 1916, abbellita dal decreto del luglio 1917 sugli stupefacenti, tu sei un coglione*"). La biografia di Jacques d'Adelsward Fersen, scritta da Roger Peyrefitte (*L'esule di Capri*) ricrea la raffinatezza della *fumerie* di Villa Lysis. Non si possono dimenticare i *Fiori del male* ("*L'opium agrandit ce qui n'a pas de bornes,/allonge l'illimité,/approfondit le temps, creuse la volupté,/et de plaisirs noirs et mornes/remplit l'âme au delà de sa capacité.*"*[L'oppio ingrandisce ciò che non ha limiti, amplia l'infinito, approfondisce il tempo, scava la voluttà, e di neri, oscuri piaceri, riempie l'anima oltre la sua capacità]*) e *I paradisi artificiali* di Baudelaire, certi racconti di Edgar Allan Poe, *Fumée d'opium* di Claude Farrère, i *Propos d'un intoxiqué* e *Fumeurs d'opium* di Jules Boissière, le *Crocknotizen* di Walter Benjamin, il *Trattato per un fumatore d'oppio* del poeta persiano Abu'l Qasem Yazdi, e il curioso *Physique et psychique de l'opium* (1925) di Albert Puyou de Pouvourville. E ancora *La civetta cieca* di Sadegh Hedayàt, *Oppio* del medico-scrittore Géza Csáth, *Opiário* di Fernando Pessoa, i ricordi indocinesi di Clara Malraux (*Les combats et les jeux*), e soprattutto molte pagine autobiografiche di Graham Greene e il suo romanzo *Il tranquillo americano*. Poi ci sono la morfina, l'eroina e le altre droghe. Il bellissimo libro su Misia Sert e il suo ambiente (Debussy, Cocteau, Diaghilev, Stravinskij, Picasso, Coco Chanel...) scritto da A. Gold e R. Fitzdale (*Misia*) parla dell'uso di droghe nell'alta società e fra gli artisti nella Parigi fra le due guerre. Il *Diary of a drug fiend* di Aleister Crowley, molte note di Ernst Jünger, gli scritti autobiografici di Klaus Mann, qualche racconto di Friedrich Glauser, *Morfina* di M. Bulgakhov, l'impressionante *Der tödlische Rausch* di Hans Fallada (*L'ebbrezza mortale - resoconto obiettivo della felicità di essere morfinomane*), ma anche il *Doktor Faustus* di Thomas Mann e vari passi della *Recherche* di Marcel Proust offrono grandi squarci rivelatori. *Fuoco fatuo* di Drieu La Rochelle descrive in forma di romanzo gli ultimi giorni della vita di un amico dell'autore. Il *Lungo viaggio di un giorno verso la notte* di Eugene O'Neill svela segreti di alcool e morfina nelle cupe tensioni di una famiglia americana. *Un cappello pieno di pioggia* di Michael V. Gazzo racconta il dramma del reduce che annega nella morfina, dopo il dolore delle ferite, il disagio del rientro nella vita civile. E ricordiamo anche *L'uomo dal braccio d'oro* di Nelson Algren, *Ultima fermata a Brooklyn* di Hubert Selby Jr., *Il libro di Caino* di Alex Trocchi, *L'héroïne - une vie* del giornalista Yves Salgues e naturalmente, classici irrinunciabili della "letteratura della droga", *Junkie* (*La scimmia sulla schiena*), *Il pasto nudo* e gli altri libri di (e su) William Burroughs. Infine, il racconto-reportage di James Mills (*Panic in Needle Park*) da cui è stato tratto, con lo stesso titolo, un bel film di Jerry Schatzberg.

La coltivazione del papavero

Il papavero è attualmente coltivato - legalmente o illegalmente - in moltissimi paesi dei cinque continenti. Salvo che nei climi polari, può crescere bene praticamente dappertutto. In genere, i terreni buoni per i cereali lo sono anche per il papavero. I grandi nemici del papavero sono il gelo, la grandine e la siccità. Nei climi temperati la semina avviene in primavera, appena possibile, o anche in tardo autunno, se nell'inverno è garantita la neve, che proteggerà i semi dal gelo. La pianta fiorisce fra inizio maggio e fine giugno. Nei climi tropicali, per esempio in India e nel sud-est asiatico, la semina si fa in ottobre-novembre e il raccolto in febbraio-marzo. Quando le pianticelle sono alte pochi centimetri, il campo viene sfoltito una prima volta, lasciando solo file ben distanziate. Dopo circa tre mesi dalla germinazione la pianta raggiunge la maturità e fiorisce. Pochi fiori sono più belli e delicati dei papaveri - un filo di vento li fa muovere leggeri come farfalle. Durano solo pochi giorni, poi i petali cadono e resta la capsula, che nel giro di un paio di settimane cresce fino alle dimensioni di un uovo di piccione, di gallina o - per esempio in Turchia, dove i papaveri sono molto alti e robusti - anche più.

In Europa il papavero da oppio è ampiamente coltivato - in Polonia, Repubblica ceca, Slovacchia, Russia, Ungheria, Bulgaria, Germania, Francia, Olanda, Spagna, ecc. - soprattutto per i semi commestibili, molto usati per decorare e insaporire il pane e i dolci. Dai semi si estrae un olio usato per cucinare, per dipingere (l'olio di papavero è considerato fin dal Rinascimento migliore dell'olio di lino) e, un tempo, per le lampade. Le caratteristiche capsule dei papaveri sono presenti in ogni composizione di fiori secchi. Naturalmente, oltre che per i semi, grandi coltivazioni legali di papavero da oppio sono fatte per l'industria farmaceutica. Le più importanti sono quelle dell'India, Australia (Tasmania), Francia, Turchia e Spagna. India e Tasmania hanno le coltivazioni più estese e i rendimenti più elevati per ettaro. Un tempo, per estrarre gli alcaloidi, si partiva sempre dall'oppio, e un ettaro coltivato a papaveri può produrne da meno di 10 a più di 50 kg. L'oppio grezzo contiene dal 2% al 20% e più di morfina, e da questo punto di vista, il più ricco era quello turco. Dico "era" perché oggi in Turchia e in quasi tutti gli altri paesi che coltivano il papavero per la produzione di alcaloidi non si raccoglie più l'oppio. Sia perché la mano d'opera costa più cara, sia perché si vogliono minimizzare i rischi di diversione della droga verso il mercato illegale, invece di estrarre l'oppio si raccoglie l'intera capsula del papavero, dopo averla lasciata seccare sulla pianta. Il coltivatore ha il diritto di aprire le capsule per prelevarne i semi, ma fatto ciò deve venderle a un'industria farmaceutica autorizzata. Le capsule secche vengono chiamate "paglia di papavero", e offrono la massima resa in morfina, superiore a quella dell'oppio. La paglia di papavero si può raccogliere manualmente, come ancora avviene in Turchia, oppure con

speciali macchine agricole, come in Tasmania. Fra i paesi che coltivano il papavero legalmente per l'industria farmaceutica, solo l'India segue ancora il metodo tradizionale di raccolta manuale dell'oppio. Circa 170.000 famiglie di contadini, negli stati del Rājasthān, Madhya Pradesh e Uttar Pradesh, coltivano il papavero con una speciale licenza. L'oppio viene ritirato a un prezzo prefissato dal governo indiano, che controlla gli stabilimenti di lavorazione.[3] Negli ultimi anni, per far fronte alla domanda, l'India - dopo anni di riduzione - ha aumentato la superficie coltivata: nel 1996 la produzione legale ha raggiunto le 849 tonnellate di oppio e nel 1997 le 1.341 tonnellate[4].
La raccolta tradizionale dell'oppio è un lavoro lungo e impegnativo. I papaveri di un campo non fioriscono tutti insieme, e il lavoro si svolge quindi nell'arco di molti giorni. Il momento migliore per estrarre l'oppio arriva qualche giorno prima della piena maturazione della capsula. Le capsule vengono incise leggermente a una a una con uno speciale coltellino (chiamato in India *nashtar* o *nurnee*) costruito legando insieme tre, quattro o più piccole lame appuntite, che danno quindi, con un solo movimento, più incisioni parallele lungo le quali sgorgano immediatamente piccole gocce lattiginose: l'oppio. Le goccioline si rapprendono rapidamente, e nel giro di poche ore l'oppio diventa denso e pastoso. Dal bianco-latte vira al rossiccio e poi al bruno scuro. Le incisioni si fanno in genere nel pomeriggio, perché la temperatura più fresca della sera rallenta l'addensamento del lattice, e quindi aumenta al massimo la resa di ogni capsula. La mattina dopo l'oppio viene raccolto. Ogni capsula viene raschiata delicatamente con una specie di larga spatola a mezzaluna, sulla cui lama man mano si accumula l'oppio. Una capsula dà pochi centigrammi di oppio, e ci vogliono quindi molte ore di lavoro per raccoglierne una quantità significativa. In Turchia, negli anni '60, erano necessarie circa 72 ore di lavoro per raccogliere 1 chilogrammo di oppio. L'oppio fresco viene compattato in grosse bocce o pagnotte, avvolte in foglie di papavero o di altre piante, e immediatamente consegnato ai centri di raccolta.

Coltivazioni illegali e usi tradizionali dell'oppio

Le coltivazioni illegali di papavero sono in continua estensione non solo in termini di superficie totale ma anche di numero di paesi coltivatori. L'ONU valuta a oltre 280.000 gli ettari illecitamente coltivati a papavero nel 1996 - più del triplo rispetto al 1985. I principali produttori illegali sono Afghanistan, Birmania, Laos, Pakistan, Colombia, India, Iran, Messico, Thailandia, Vietnam, Cina - con i primi due che da soli coltivano il 70% dell'area totale e producono quasi il 90% dell'oppio. Secondo l'ONU, gli stati ex-sovietici dell'Asia Centrale (Kazakhistan, Kirghizistan, Tagikistan, Uzbekistan) sono "*potenziali importanti produttori*" del prossimo futuro. Secondo il Dipartimento di Stato USA, il Venezuela ospita già

coltivazioni pilota realizzate dalla mafia colombiana e il papavero è presente anche in Perù e in Ecuador. Egitto, Guatemala e Libano sarebbero attualmente riusciti a eliminare o quasi le loro coltivazioni. Coltivazioni sperimentali sono però state segnalate in vari paesi dell'Africa (Senegal, Guinea, Costa d'Avorio, Togo, Benin, Nigeria, Ciad), dove i papaveri non si erano mai visti prima.[5]

L'oppio può essere utilizzato direttamente: lo si può preparare in pillole (eventualmente mescolato all'hashish), sciogliere in una bevanda, o infine fumare, dopo una preparazione più o meno raffinata. Ma oggi la maggior parte dell'oppio illegale serve a produrre eroina. Con procedimenti chimici relativamente semplici e che non richiedono particolari materiali o attrezzature, dall'oppio si estrae la morfina-base - più comoda da nascondere e da trasportare - e successivamente la si trasforma in eroina, il prodotto finale per il mercato mondiale della droga. A prescindere dalla zona in cui viene prodotta, la maggior parte dell'eroina prende la via dell'Europa e del Nord America. Tuttavia, oggi l'eroina è sempre più diffusa anche nei paesi un tempo solo consumatori tradizionali di oppio. Nel secondo dopoguerra la lotta contro l'oppio, l'imposizione del proibizionismo e la chiusura dei monopoli, degli spacci o delle fumerie,[6] soprattutto su pressione degli Stati Uniti e dell'ONU, hanno semplicemente portato a un enorme aumento del consumo di eroina: dall'Iran all'India, al Pakistan, alla Thailandia, alla Malesia, a Hong Kong, e più di recente, alla Birmania e alla Cina. Nonostante l'estremo inasprimento delle pene - per restare tra i paesi grandi consumatori tradizionali di oppio, l'Iran, la Cina, l'Indonesia, la Malesia e Singapore prevedono addirittura la pena di morte anche per il semplice possesso di droga - il problema non sembra in alcun modo avviato a una soluzione. Anzi, proprio questo passaggio dall'oppio all'eroina, a parere di molti, costituisce per le sue drammatiche conseguenze un esempio emblematico degli effetti perversi del proibizionismo.

Bibliografia essenziale per questo capitolo:

Merlin M.D. 1984; OGD 1996; UNIDCP 1997; U.S. DOS 1997 e 1998; Westermeyer J. 1982; White P.T. 1985.

Fumare oppio

L'oppio preparato per il fumo - in oriente chiamato, con parola di origine indiana, *chandu* - è un liquido denso, scuro, filante, un po' come miele nero. La classica pipa da oppio dell'Estremo Oriente è costituita da un tubo di bambù, ceramica, metallo o altro materiale, lungo 20-60 cm, e del diametro di 2-4 cm, su cui si innesta un fornello di terracotta, ceramica o porcellana a forma di sfera più o meno schiacciata, mezza sfera, tronco di piramide, completamente cavo all'interno e con solo un piccolo foro di 1-2 mm di diametro sulla faccia superiore. L'oppio si fuma sdraiati su un fianco, tenendo accanto un vassoio con tutto il necessario - ago, raschietto, nettapipe, ecc. Un fumatore abituale può fumare quattro, cinque o più pipe per volta (molti fumano solo saltuariamente o alla sera, altri fumano tre o quattro volte al giorno, ma le persone fortemente dipendenti possono fumare anche venti e più pipe di seguito, passando così varie ore della giornata a fumare). Per fumare il *chandu*, oltre alla pipa, occorrono un lungo ago e una lampada a olio con la fiamma protetta da un vetro, che concentra il calore verso l'alto. Immergendo l'ago nel *chandu*, se ne raccoglie sulla punta una piccola quantità, lo si porta rapidamente al di sopra della lampada e lo si fa condensare girando l'ago nel flusso d'aria calda. Ripetendo l'operazione due o tre volte, la pallina si porta fino alla grossezza all'incirca di un pisello. Lavorando ogni tanto la pallina sulla faccia superiore del fornello, la si plasma finché non è "cotta" al punto giusto. Quando essa inizia a gonfiarsi, a sfrigolare, a prendere un bel colore dorato d'ambra, oltre che ad emanare il suo caratteristico, intenso profumo - si inserisce rapidamente la punta dell'ago nel forellino della pipa e si fissa la pallina sul fornello ruotando l'ago su se stesso e sfilandolo in modo che la pallina resti forata al centro. A questo punto, si porta la pipa alla bocca tenendo il fornello inclinato al di sopra della lampada (l'oppio deve evaporare, non bruciare!) e con piccole rapide boccate, o con un'unica, lunga inspirazione, si fuma. Il fiato va poi trattenuto più a lungo possibile. Ciò che resta attaccato al fornello alla fine di una pipa è un residuo secco (*dross*), ancora ricco di morfina, che si raschia via e si conserva a parte. Il *dross* si usa - senza esagerare - per "arricchire" il *chandu*.

L'oppio fumato è molto delicato e facilmente dosabile nell'effetto. Dona serenità e calma, insieme a pensieri leggeri e liberi, che vengono e vanno senza sforzo, in uno strano stato di assoluta inerzia fisica unita a una piacevole vivacità mentale. Qualcosa che è stato definito *"le gioie supreme del non-agire"* (A. de Pouvourville), ovvero il passaggio a un luogo *"dove si vive per vivere e per nient'altro"* (G. Csáth). Chi non lo usa regolarmente, deve restare sdraiato per evitare nausea e vomito. La cosa migliore è fumarlo la sera prima di dormire. Se si fuma poco, si avrà un sonno leggero, intermittente, e ricco - più che di sogni - di visioni fugaci, vivide e chiare (quello dell'oppio è più un dormiveglia, o una serie di brevi sonnellini, che un vero sonno, ma è comunque molto riposante). Se però si fuma troppo, il sonno sarà pesante e profondo, e ci si sveglierà con nausea e mal di testa. È indubbio che l'atmosfera *luxe, calme et volupté* delle fumerie "per ricchi" e la stessa ritualità della pipa - al di là degli effetti dell'oppio - avevano un loro fascino e sono state un importante elemento della popolarità dell'oppio in occidente alla fine dell'Ottocento.

Note

1. Ciò vale anche per molte altre piante coltivate, tra cui il tabacco (*Nicotiana tabacum*) e la coca (*Erythroxylon* spp.).

2. I riferimenti bibliografici completi si trovano in Merlin M.D. 1984.

3. Il più famoso è quello di Ghazipur (Uttar Pradesh), costruito dagli inglesi nel 1820.

4. US DOS 1998.

5. UNIDCP 1997 (p. 18); INCB 1997; U.S. DOS 1997 e 1998; OGD 1996 (p. 112).

6. Gli ultimi paesi a proibire la vendita e il consumo dell'oppio furono: l'Indonesia (colonia olandese) e Singapore (inglese) nel 1943, Hong Kong (inglese) nel 1945, l'Indocina francese nel 1946, la Cina nel 1949, la Birmania nel 1950, la Persia nel 1955 (divieto revocato nel 1969, ma ripristinato nel 1979), l'India e la Thailandia nel 1959, il Laos nel 1971, il Pakistan nel 1979.

2. *L'OPPIO NELLA STORIA (i)*

Nella notte dei tempi...; Il bacino del Mediterraneo: Asia minore, Creta, Cipro, Egitto; L'oppio in Grecia agli albori della medicina; L'oppio nella Roma antica; Quando le scienze fioriscono solo fra gli Arabi; E l'oppio viaggia verso Oriente...; Nell'Europa dei secoli bui

Nella notte dei tempi...

L'uso dell'oppio (e di molte altre droghe) non è, come molti pensano, una specie di maledizione del mondo moderno. In Europa il papavero era conosciuto - anche se non è chiaro se lo si usasse come farmaco/droga o solo per i semi commestibili - già nel Neolitico e nell'Antica età del bronzo (5500-3000 a.C.). Il maggior numero di reperti fossili proviene dai villaggi lacustri su palafitte della Svizzera, nell'altopiano centrale fra il lago di Neuchâtel e quello di Costanza. Molti altri ritrovamenti si ebbero in Germania, Francia, Lombardia, valle del Danubio, Cecoslovacchia, Polonia. Ma il più impressionante avvenne nella necropoli neolitica della *Cueva de los Murciélagos* ("grotta dei pipistrelli") presso Albuñol, nel Sud della Spagna, dove furono trovate in grande abbondanza, fra le offerte funerarie, capsule e semi di papavero.
Se quelli europei sono i reperti più antichi, il papavero era noto, circa cinquemila anni fa, anche nel Mediterraneo orientale e in Mesopotamia. Nelle tavolette mediche dei Sumeri (circa 3000 a.C.) e in particolare nell'importantissima raccolta scoperta a Nippur sull'Eufrate, oggi alla Pennsylvania University - si cita una pianta chiamata *hul-gil* (qualcosa come *pianta della gioia*), da molti studiosi identificata come il papavero da oppio. In un bassorilievo assiro (IX sec. a.C.) del Louvre, viene raffigurato un medico-sacerdote davanti a un albero sacro, che tiene in mano un lungo stelo con tre capsule, apparentemente di papavero. Riferimenti al papavero si avrebbero anche nelle tavolette mediche assire (VII sec. a.C.) ritrovate a Ninive nella biblioteca di Assurbanipal e conservate al British Museum.

Il bacino del Mediterraneo: Asia Minore, Creta, Cipro, Egitto

Il papavero da oppio ha sicuramente grande importanza in Asia minore, nel bacino dell'Egeo, e più tardi a Roma. All'isola di Creta appartiene il reperto più notevole, risalente a circa il 1300 a.C.: una statuetta di terracotta trovata a Gazi e oggi al museo di Heraklion, che rappresenta una divinità femminile con la testa coronata di tre capsule di papavero. A Kition, nell'isola di Cipro, fu rinvenuto in un tempio un cilindro in avorio finemente lavorato, databile al 1200 a.C., che

viene considerato una pipa usata per fumare oppio. Nei templi di Sparta furono rinvenute offerte votive a forma di capsule di papavero. Tucidide, che cita per primo i semi di papavero come alimento, racconta che, mescolati al miele, furono usati proprio dagli spartani durante l'assedio ateniese nella guerra del Peloponneso. In molti scavi in Grecia, nei Balcani, in Anatolia, in Siria sono stati trovati oggetti e gioielli rappresentanti il papavero: fra i più affascinanti, un bellissimo anello-sigillo reale in oro rinvenuto a Micene da Schliemann in cui si notano, tra l'altro, tre capsule. Anche molte monete lidie, greche, romane, maccabee raffigurano capsule di papavero.
In Anatolia, l'odierna Turchia, la città di Afyon - il cui nome stesso significa oppio - fu fin dall'antichità il centro della coltivazione del papavero. Ad Afyon era il più importante santuario di Cibele, la dea Madre Terra, colei che in Grecia viene chiamata Demetra e a Roma Cerere, e che è sempre raffigurata con spighe di grano e capsule di papavero. E che il potere del succo del papavero fosse noto da tempo immemorabile, fino a entrare nel mito, è provato dalla costante associazione delle capsule di papavero con Ipnos, dio greco del sonno, Morfeo, dio dei sogni, Nyx, dea della notte e Thanatos, dea della morte. Anche Dioniso (il Bacco dei romani), dio del vino, delle feste sfrenate e dell'ebbrezza, a volte (p.es. in un bel vaso greco del museo archeologico di Taranto) viene rappresentato con capsule di papavero.
Anche gli Egizi conoscevano certamente il papavero e l'oppio. Alcuni pendenti di collane e orecchini in oro o corniola (metà del II millennio a.C.) rappresentano capsule di papavero. Il papiro Ebers, la più importante e famosa raccolta di nozioni mediche egizie, risalente circa al 1550 a.C. e rinvenuto nel 1862 presso Tebe (oggi a Lipsia), menziona una sostanza *seter-seref* o *shepen*, da alcuni identificata con l'oppio, raccomandata per calmare i bambini che piangono. Ci sono in realtà solo indizi e non prove certe della coltivazione del papavero in Egitto prima del IV secolo a.C., quando vi fu sicuramente portato da Alessandro il Grande. Probabilmente però, fin dal 1500 a.C., gli Egizi importavano oppio dall'isola di Cipro: infatti sia in Egitto che a Cipro sono stati rinvenuti numerosissimi vasi, certamente prodotti a Cipro in quell'epoca, e di forma simile alla capsula del papavero, che si ritengono usati per trasportare oppio.

L'oppio in Grecia agli albori della medicina

L'oppio è uno dei farmaci principali della medicina fin dai tempi in cui essa si confondeva ancora con la magia e con la religione, e certo uno dei pochissimi che per il loro valore hanno attraversato i millenni fino ai nostri giorni. Il centro della scienza medica antica fu Pergamo, nell'Asia Minore, ma molti famosi medici sono originari delle isole egee. Ippocrate - il grande medico nato a Kos intorno

al 460 a.C. e morto probabilmente, più o meno centenario, nel 357 a.C. - negli scritti che ci sono giunti, raccolti in gran parte in epoca più tarda,[1] parla ripetutamente dell'oppio (*mekonion*), e lo raccomanda come narcotico e contro la dissenteria. Ippocrate è per molti versi un precursore del moderno approccio scientifico: è il primo a intuire e dichiarare che le malattie hanno cause naturali e vanno pertanto affrontate con mezzi naturali. L'oppio per lui non è una sostanza magica, ma un farmaco potente che va usato con prudenza e attenzione. Diagora di Melos, un altro medico del V secolo a.C., è il primo ad accennare alla tendenza al consumo ripetuto dell'oppio. Teofrasto di Lesbo (IV sec. a.C.), allievo di Aristotele, è considerato il fondatore della botanica come scienza e il primo classificatore di piante medicinali. Sulle droghe vegetali, dimostra di aver chiarissima la fondamentale relazione dose-effetto, e raccomanda di distinguere sempre la dose dotata di effetti terapeutici dalla dose velenosa. È anche il primo a descrivere l'estrazione dell'oppio dalle capsule del papavero. Teofrasto cita un veleno molto efficace a base di cicuta e oppio, forse il "veleno di stato" usato ad Atene per uccidere Socrate.
Dal IV secolo a.C., per lungo tempo, l'oppio egizio proveniente da Tebe venne considerato il migliore, e la scuola medica presso l'università di Alessandria al tempo dei Tolomei (III secolo a.C.) ne fece largo uso.
Nicandro (II sec. a.C.) merita di essere citato perché è il primo a parlare della *theriaka*, una miscela di sostanze diverse, ma sempre contenente oppio, che avrà una lunghissima storia e di cui ci sono rimaste innumerevoli ricette. La *theriaka* verrà citata nel *Talmud* (VII sec. d. C.), e sopravvivrà nella medicina araba ed europea per tutto il Medio Evo e il Rinascimento, arrivando fino al XVIII secolo.
Pedanio Dioscoride (I sec. d.C) di Anazarbos, in Asia Minore, studiò ad Alessandria, fece il chirurgo militare e poi il medico alla corte di Cleopatra. Autore della *Materia medica*, la più importante farmacopea antica, è il primo a descrivere la tecnica di estrazione dell'oppio per incisione delle capsule poco dopo la caduta dei petali. Conosce e descrive accuratamente le principali caratteristiche farmacologiche dell'oppio: "*Elimina il dolore, calma la tosse, riduce il catarro dei polmoni, blocca i flussi intestinali, e si applica sulla fronte di chi soffre di insonnia. Però, prendendolo in gran quantità, fa male, perché provoca letargia e uccide*".

L'oppio nella Roma antica

La medicina a Roma fu per lo più praticata da medici greci, provenienti dalle scuole non solo di Pergamo o di Alessandria, ma anche dell'Italia meridionale (Taranto). Aulo Cornelio Celso non fu probabilmente un medico, ma un enciclopedista che raccolse le nozioni dei greci negli otto libri del suo *De medicina* (redatto intorno al 30 d.C.). Celso non elabora teorie, ma si attiene ai puri fatti,

e la sua opera è veramente di interesse storico eccezionale.[2] In essa parla di circa 250 piante medicinali, tra cui il papavero sonnifero, e descrive la tecnica di estrazione dell'oppio ("*lacrime di papavero*"), usato contro il dolore. Caio Plinio Secondo, detto Plinio il Vecchio, vissuto nel I sec. d.C., scrisse di storia, scienze naturali e medicina. La sua è una delle descrizioni più dettagliate delle diverse varietà di papavero selvatico e coltivato, dei loro usi specifici e dell'estrazione dell'oppio, ed egli è il primo a usare la parola latina *opium* (di chiara origine dal greco *opion*, "succo di papavero").[3]

Mitridate il Grande, re del Ponto

Mitridate (120-63 a.C.) è passato alla storia per la sua leggendaria ossessione per i veleni. Per evitare di essere avvelenato, decise di immunizzarsi (l'idea non era affatto scontata, date le conoscenze mediche dell'epoca) prendendo ogni giorno in dosi crescenti una pozione, chiamata *athanasia* ("senza morte"), contenente tutti i veleni noti - tra cui ovviamente l'oppio. Pompeo - sconfitto Mitridate - portò a Roma la biblioteca del re, e la ricetta di una pozione con 50 diversi componenti, che divenne famosa come "antidoto di Mitridate". Ancora oggi si dice *mitridatizzazione* il processo di assuefazione a una sostanza tossica.

Nella Roma imperiale del I-II secolo d. C., l'oppio è contemporaneamente la droga, il veleno, e l'antidoto. Sembra che esso - componente essenziale della *theriaka* e dell'antidoto di Mitridate - fosse diventato di uso comune. Nerone, Tito, Nerva, Traiano, Adriano e Marco Aurelio sono i più famosi degli imperatori romani per cui ne è documentato l'uso. Andromaco, uno dei medici di Nerone, modificò la ricetta originale dell'antidoto di Mitridate, portandone da 50 a 64 gli ingredienti, e aggiungendone in particolare uno che avrà successo per secoli: la carne di vipera. Chiamò la sua pozione *galene* ("quiete") e la prescrisse all'imperatore per uso quotidiano. Il 30% della *galene* era oppio. Di Adriano si sa che usò l'oppio per alleviare il dolore della perdita dell'amato servo Antinoo. Infine di Marco Aurelio si ricorda - accanto alla saggezza, all'equanimità e alla modestia che ne fecero forse il più grande, certo il più nobile degli imperatori romani - non solo la lunga familiarità con l'oppio, che prendeva quotidianamente, ma anche un non riuscito tentativo di disintossicazione, raccontato da Galeno. Difficile dire se Marco Aurelio fu più ispirato dalla filosofia stoica o dall'oppio, ovvero quanto gli effetti dell'oppio abbiano influito sulla sua concezione filosofica...

Claudio Galeno (131-200 d.C.) fu il medico di Marco Aurelio, per il quale preparava la *theriaka*. Studiò a Pergamo e ad Alessandria, poi si trasferì a Roma. Partito dai principi di Ippocrate, fece anche studi di anatomia e fisiologia, e

divenne così autorevole che la sua visione - finalistica e dogmatica - rimase a dominare incontrastata fino al Rinascimento. Fino a Paracelso e Vesalio (sec. XVI), nessuno osò criticarlo apertamente. Galeno distingue l'oppio secondo la provenienza: egizio, lidio, spagnolo. In pratica lo considera una panacea o qualcosa di molto simile: "*Combatte i veleni e i morsi degli animali velenosi, cura il mal di testa cronico, la vertigine, la sordità, l'epilessia, l'apoplessia, la debolezza della vista, la perdita della voce, l'asma, la tosse di ogni genere, l'emottisi, la difficoltà di respirare, le coliche, il veleno iliaco, l'itterizia, la durezza della milza, i calcoli, i disturbi urinari, le febbri, le idropisie, la lebbra, le malattie delle donne, la melancolia e tutte le pestilenze*".

Il papavero e l'oppio nella letteratura greca e latina

Nel libro IV dell'Odissea, Elena versa nel vino dei commensali, tristi per la lunga assenza di Ulisse, "*il farmaco nepente, potente contro il dolore e che dona l'oblío dei mali, tale che chiunque bevesse questo miscuglio non avrebbe versato una lacrima per tutto un giorno, neppure se i suoi genitori fossero morti, o se un fratello o un amato figlio fossero stati uccisi davanti ai suoi occhi*". Difficile immaginare qualcosa di diverso dall'oppio con queste proprietà. Esiodo (inizio VII sec. a.C.) parla di Mecone, la città del papavero, vicino a Corinto. Alcmane (fine VII sec. a.C.) descrive una festa campestre, in cui si prepara pane decorato con semi di papavero. Teocrito (III sec. a.C.) dice che il papavero nasce dove caddero le lacrime di Afrodite, triste per la perdita di Adone. Secondo Luciano (II sec. d.C.), la notte e il sonno abitano una regione circondata dai papaveri. Alla scomparsa del sole, versano il loro succo negli occhi degli uomini.
Uno dei primi riferimenti al papavero coltivato a Roma è nelle *Storie* di Tito Livio: Tarquinio il Superbo taglia simbolicamente le teste più alte dei papaveri del suo giardino per consigliare al figlio di eliminare i capi della città di Gabii. Fra i grandi poeti del I sec. a.C., Ovidio e Virgilio citano il papavero come fiore del sonno. Per Ovidio, la Notte arriva, portando con sé neri sogni, con la fronte coronata di papaveri ("*Interea placidam redimita papavere frontem / Nox venit et secum somnia nigra trahit* ", Fasti, IV, 661-2). Per Virgilio, "*il lino brucia il campo, lo brucia l'avena, lo bruciano i papaveri perfusi di sonno che dà l'oblío*" ("*urit enim lini campus seges, urit avenae, / urunt Lethaeo perfusa papavera somno*", Georgiche, I, 77-78) e il drago del giardino delle Esperidi viene addormentato dalla sacerdotessa "*che sparge umido miele e papavero soporifero*" ("*spargens umida mella soporiferumque papaver* ", Eneide, IV, 486). Mi è anche difficile pensare che in questo grido sublime del *De rerum natura* (II, 16-19) Lucrezio non pensasse all'oppio, sollievo dai mali del corpo e dello spirito: "*O miseras hominum mentes, o pectora cæca ! /qualibus in tenebris vitae quantisque periclis /degitur hoc aevi quodcumque est! Nonne videre / nil aliud sibi naturam latrare, nisi utqui / corpore seiunctus dolor absit, mensque fruatur / iucundo sensu, cura semota metuque? *" ("*O misere menti degli uomini, o anime cieche! Fra quali tenebre e quanti pericoli si consuma il poco tempo che ci è dato da vivere! Ma non vedete che null'altro reclama per sé la natura, se non che, separato dal corpo, venga meno il dolore, e la mente goda di sensazioni gioiose, libera dall'ansia e dalla paura?*").

A un certo punto, l'oppio divenne a Roma un bene a prezzo controllato, come la farina. Evidentemente il suo consumo di massa richiedeva un intervento volto a impedire speculazioni. Un editto di Diocleziano del 301 d.C. fissò il prezzo dell'oppio a 150 denari per *modius castrense* (17,5 litri). Nel 312 l'oppio era venduto in quasi 800 botteghe di Roma, e dava il 15% delle entrate fiscali. Abbastanza curioso è il fatto che in latino esistono almeno una dozzina di parole per indicare il bevitore di vino e l'ubriacone, ma non ne esiste nessuna per indicare il consumatore di oppio.[4]

Quando le scienze fioriscono solo fra gli Arabi

Con la decadenza dell'impero romano, la scienza medica sopravvive presso gli Arabi. Eredi delle conoscenze dei medici greci, conoscono molto bene l'oppio e i suoi effetti. Nella prima enciclopedia medica scritta in arabo, il *Paradiso della sapienza* di Alī Rabbān al-Tabārī, medico alla corte del califfo di Baghdad intorno all'850, c'è una completa trattazione dell'oppio come analgesico, calmante della tosse, narcotico, veleno o - in forma di *theriaka* - antidoto ai veleni. Nel mondo arabo è documentato già in questo periodo (IX-X secolo) l'uso voluttuario dell'oppio. Il Corano proibisce il vino, ma non l'hashish o l'oppio, che diventano perciò sempre più popolari. Abūl-Rayhān Muhammad Ibn Ahmad al-Birūnī (973-1048) descrive le due varietà principali di papavero da oppio, e riferisce della sua diffusione, in particolare alla Mecca: "*Gli abitanti dei tropici e dei climi caldi, soprattutto quelli della Mecca, prendono l'abitudine di usare l'oppio ogni giorno, per eliminare le preoccupazioni, sollevare il corpo dagli effetti dell'intenso calore, avere un sonno più lungo e profondo, ed espellere gli umori superflui e eccessivi. Cominciano con dosi piccole, che però pian piano vengono aumentate fino a dosi letali*".

Il medico più importante del medioevo arabo è di origine persiana: si chiama Abū Alī al-Hussein ibn Abdallah ibn Sīnā, spesso - chissà perché! - abbreviato in Abū Sīnā, ed è noto da noi come Avicenna (980-1037). Nato nel Khorasan, presso Bukhara, studente prodigio che a dieci anni conosce il Corano a memoria, la sua carriera di medico inizia all'età di diciott'anni con la somministrazione di oppio a un emiro colpito da una dolorosa colica. Avicenna parla estesamente dell'oppio nel suo famoso *Canone* ("*ottunde la mente, diminuisce la coscienza, ostacola le decisioni razionali, debilita la digestione e da ultimo porta alla morte per l'eccessivo raffreddamento delle funzioni naturali*") ed è molto più che un medico. È un fisico, un matematico, e soprattutto un filosofo che riprende il pensiero aristotelico e neoplatonico. Tradotto in latino, influenzerà profondamente Tomaso d'Aquino e Alberto Magno. Muore nel 1037 in Persia probabilmente per l'*eccessivo raffreddamento, ecc.* di cui sopra - un'overdose di oppio.

E l'oppio viaggia verso Oriente...

Nel VII secolo, la produzione dell'oppio è localizzata soprattutto in Medio Oriente lungo la costa del Mediterraneo, dalla Turchia all'Egitto. Con la grande espansione araba iniziata dal califfo Omar dopo la morte di Maometto nel 632, sono proprio gli Arabi - e non i medici ma i mercanti - a portare per primi l'oppio verso l'Asia. L'oppio è un'ottima merce: non deperibile, compatta, di grande valore, e soprattutto molto appetibile e richiesta. È certamente uno degli elementi del successo commerciale arabo. Nel 712 gli arabi conquistano il Sind, la valle inferiore dell'Indo. Insediano basi commerciali in India e si spingono fino a Singapore e a Giava. Nel 758 arrivano - non proprio da amici, visto che si abbandonano a saccheggi - a Macao e Canton, porte orientali del Celeste Impero. In Persia, l'uso dell'oppio è ben documentato a partire dall'VIII secolo. In India e in Birmania sembra che la coltivazione del papavero inizi nel IX secolo. In Cina, intorno all'anno 1000, l'uso del papavero come medicina è già diffuso.[5] Il papavero (*ying-su*) e l'oppio (*a-fu-yung*) sono citati nel famoso trattato di medicina *K'ai Pao Pên T'sao* (ca. 973 d.C.).

I nomi dell'oppio

La parola dorica *makon* e quella greca *mekon* significano papavero. L'espansione del papavero verso nord e nord-est è riflessa nell'origine comune della parola in varie lingue: *makos* (dialetti transilvanici), *mak* (russo, polacco, tataro orientale), *kekmak* (ungherese), *maggom* (lettone), *magen* o *mogen* (tedesco meridionale), *mohn* (alto tedesco), e con il prefisso *val-*, *valmo* (svedese) e *valmoog* (norvegese). Molti nomi di luoghi dell'Europa orientale partono dalla stessa radice: Mak, Makoviec, Makowisko, Makow. *Mekeri* erano i mercanti arabi che lo portarono in India. Nelle Indie orientali il papavero diventa *maggona*, *maggunad*. Anche *opion*, che in greco indica il succo del papavero, diventa *opium* in latino (che resta uguale in francese, inglese, tedesco), *opio* in spagnolo e *oppio* in italiano; mentre, andando verso oriente, diventa *afyon* in turco (da cui *afyondjis*, mangiatori d'oppio), *afiun* in arabo, *abium* o *apium* in persiano, *afim* in hindi, *afuka*, *afenaka*, *ahifena* in altre lingue dell'India, *a-fu-yung* o *ya-p'ien* in Cina. Da *theriaka*, la principale preparazione a base di oppio della medicina antica, si ha *theriaki* (mangiatori o fumatori d'oppio in Turchia e Persia) e *taryak* (oppio) in urdu. Da *papaver* (nome latino, di cui non si conosce l'origine) derivano, oltre all'italiano *papavero*, il francese *pavot*, l'inglese *poppy* e il greco moderno *paparouna*.

Nell'Europa dei secoli bui

In Europa, dopo la caduta dell'impero romano e per tutto il Medio Evo restano pochissimi riferimenti scritti all'oppio, che cade in disuso per la diminuzione degli

scambi commerciali, l'eclisse delle scienze e soprattutto la condanna della Chiesa cattolica, secondo la quale la malattia e il dolore sono espressioni della volontà di Dio, e possono essere evitati solo con la virtù e la preghiera. Nel V secolo, l'uso dell'oppio viene vietato da una bolla papale. Più tardi, Carlo Magno (742-814) nel *Capitulare de villis* - una raccolta di istruzioni per le coltivazioni nelle sue terre - chiama "*opera del diavolo*" il succo del papavero, e annuncia la condanna come streghe o avvelenatori di tutti coloro che vi avranno a che fare. Resta qualche cenno al papavero o alla *theriaka* solo nei rari scritti che trattano della medicina greca o araba, erede e continuatrice delle conoscenze classiche. Ma con le crociate un po' del sapere arabo, per così dire, rientra nel mondo cristiano, ed è merito soprattutto della grande scuola medica dell'università di Salerno se la medicina araba viene studiata e approfondita al di fuori dell'Islam. In alcune opere del XII secolo provenienti da Salerno, per esempio nel *De simplici medicina* di Matteo Plateario e in un importante trattato sulle droghe noto come *Alphita*, di autore incerto, ricompare l'oppio. Nell'*Antidotarium Nicolei*, su 140 ricette di antidoti vari, 29 contengono oppio. Ma la scuola salernitana è un po' come un fiore nel deserto. Alberto Magno (1200-1280), il "*Doctor universalis*" che riprenderà Avicenna e attraverso di lui la filosofia di Aristotele, cercando di integrare le conquiste della cultura islamica nel pensiero cristiano, cita appena l'oppio, e solo come sonnifero, dissertando su veglia e sonno nei *Parva naturalia*. Anche il medico di Bonifacio VIII, Simone da Cordo, che viaggia in Oriente nel 1288 e studia la medicina greca e araba, accenna all'*oppio tebano* e al *meconio* senza particolare curiosità. Ma questi cenni isolati sono i primi segni di una rinascita. Proprio in questo periodo, probabilmente, si inizia a usare l'oppio come anestetico nelle operazioni chirurgiche. Ne parlano per primi due grandi chirurghi bolognesi, Ugo da Lucca (Ugo Borgognoni, ?1180-?1252), "*il miglior chirurgo del suo tempo*", e suo figlio Teodorico (?1205-1298), che fu anche vescovo di Cervia e inventò una "spugna anestetica", imbevuta di mandragora e oppio. Più avanti, lo utilizza anche l'inglese John of Arderne (1307-1380), uno dei primi veri specialisti in chirurgia, specializzato nelle operazioni delle fistole anali (*"Treatises of Fistula in Ano, Haemorrhoids, and Clysters"*) per coraggiosi - e facoltosi, visti i suoi onorari proibitivi - pazienti.

Le grandi epidemie di peste che percorrono l'Europa a partire dal XIV secolo, dimostrano quanto arretrato e confuso fosse lo stato dell'arte della medicina medievale. Nessun barlume di razionalità, ma solo ipotesi stravaganti cui seguono tentativi di cura stravaganti: salassi, aglio, oppio (naturalmente in forma di *theriaka*). In alcune città, durante le pestilenze, la *theriaka* viene preparata in pubblico rispettando una serie di rigide formalità o, dopo una messa solenne, in una vera e propria festa popolare. Data la frequenza delle truffe, si cerca di rassicurare la popolazione sulla qualità del prodotto...

Bibliografia essenziale per questo capitolo:
Austin G. A. 1978; Clendening L. 1960; Escohotado A. 1989 e 1997; Guthrie D. 1977; High Times 1978; Holmstedt B.-Liljestrand G. 1963; Inglis B. 1979; Laloy L. 1913; Latimer D.- Goldberg J. 1981; Lewin L. 1924; Merlin M. D. 1984; Scott J.M. 1969; Seefelder M. 1990.

Una favola persiana

Un bevitore di vino, un fumatore di hashish e un mangiatore di oppio - dopo un lungo viaggio - arrivano alle porte della città a cui erano diretti. Ma lungo la strada hanno incontrato mille difficoltà, e hanno fatto tardi. La città è immersa nel sonno, e le grandi porte delle mura sono chiuse. Nessuno ode i loro richiami. Il bevitore di vino, bevuto l'ultimo sorso, si scatena: "Forza! Aiutatemi! Abbatterò le porte con la mia spada!". Il fumatore di hashish, dopo una lunga tirata dal narghilè, sorride beato: "Perché tanta fatica? Possiamo sicuramente rimpicciolirci abbastanza da scivolar dentro per la serratura". Stanno quasi per litigare, e si rivolgono al mangiatore d'oppio che era rimasto zitto: "Ma insomma, da che parte stai? Chi ha ragione?". Ed egli, srotolando la sua stuoia a terra: "Amici, secondo me, ci facciamo su una bella dormita. E domani all'alba ci aprono".

Note

1. I famosi *Aforismi*, che iniziano con una frase degna di esser meditata in eterno: "*L'arte è lunga, la vita breve, l'occasione fuggevole, l'esperienza fallace, il giudizio difficile.*"

2. Di Celso (*De medicina*, libro III) merita di essere ricordata la precisa descrizione dei quattro sintomi cardinali dell'infiammazione - *calor, rubor, tumor, dolor* (calore, rossore, gonfiore, dolore) - citata ancora oggi nei testi di patologia generale.

3. *Storia naturale*, XX, 76-80.

4. A. Escohotado 1997, p. 28.

5. Se ha ragione Louis Laloy nel suo bellissimo *Le livre de la fumée* (1913, p. 58), il papavero in Cina doveva essere già coltivato all'inizio dell'VIII secolo. Laloy cita infatti un poeta di quest'epoca, Yoūng T'ao, che scrive: "*Le pene di un lontano esilio oggi si dissipano;/ davanti al mio cavallo, ecco, vedo i papaveri in fiore.*"

3. *L'OPPIO NELLA STORIA (ii)*

Il Rinascimento: il nobile Fracastoro e il mistico, iconoclasta Paracelso; L'Europa dal XVI al XVII secolo; Medici affascinati dall'oppio: Thomas Sydenham e colleghi; William Heberden; L'oppio in Oriente: portoghesi, olandesi, francesi, spagnoli, inglesi...; L'oppio nell'India dei Moghul; La East India Company e il monopolio inglese dell'oppio; Nascita di una passione: l'oppio e la Cina

Il Rinascimento: il nobile Fracastoro e il mistico, iconoclasta Paracelso

Agli albori dell'Età moderna, l'oppio disponibile in Europa proviene principalmente dall'Egitto, e il suo lucroso commercio è quasi interamente nelle mani di Venezia. La domanda di *theriaka* cresce in continuazione, e così quella di antidoti: l'oppio serve per entrambi. Fracastoro e Paracelso sono forse i medici a cui spetta più che a ogni altro il merito della riscoperta "scientifica" dell'oppio.
Hieronymus Fracastorius, ovvero Girolamo Fracastoro (1483-1553), di famiglia nobile e ricca, può dedicarsi senza problemi alle arti e alle scienze. Vive a Verona nella villa di famiglia, studia matematica e astronomia, e oltre che alla medicina si dedica alla musica e alla poesia - uno dei frutti della sua arte è il poemetto "*Syphilis, sive morbus gallicus*". Studente e poi professore all'università di Padova, amico di Copernico, fu l'inventore del *diascordium*, un farmaco a base di oppio che restò in uso, almeno in Francia, fino al nostro secolo.[1]
Di dieci anni più giovane, nato a Einsiedeln presso Zurigo, Philippus Aureolus Theofrastus Bombastus von Hohenheim - passato alla storia col più pratico appellativo di Paracelso - è un personaggio che segna la scienza e la medicina moderne. Figlio di un medico, si appassiona all'alchimia - che va intesa non come magia, ma come preludio alla chimica - e poi alla mineralogia, all'astronomia, alla filosofia... Studia a Basilea, Vienna, Montpellier, Bologna, Padova, Ferrara, ecc. Viaggia per tutta Europa, dalla Spagna alla Svezia, e si spinge anche in Cornovaglia, in Russia e in Turchia. Torna infine a Basilea dove viene nominato "medico cittadino" e professore di medicina, e dove si fa rapidamente molti nemici per le sue idee rivoluzionarie. Esiliato nel 1527, riprende il suo peregrinare, per poi morire a Salisburgo nel 1541.
All'Università di Basilea, Paracelso scandalizza subito i colleghi facendo lezione in tedesco anziché in latino. Come se non bastasse, si dimostra violento critico del passato e dei suoi pomposi epigoni, capaci solo di ripetere a pappagallo le parole degli antichi senza metterne in discussione una virgola: "*Trovai che la medicina che avevo imparato era piena di errori, e che quelli che ne avevano scritto né la conoscevano né la capivano. Tutti cercavano di insegnare cose che non conoscevano. Sono solo*

parolai vanagloriosi in tutta la loro ricchezza e la loro pompa...". Paracelso contesta ostentatamente i classici: "*I peli della mia barba ne sanno più di voi e dei vostri scrittori; le fibbie delle mie scarpe ne sanno più di Galeno e di Avicenna*". Onesto, sincero e integro, non fa il medico dei nobili e dei ricchi, ma del popolo ("*Non entrai nelle grazie di alcuno, eccetto dei malati che guarii*") e condanna senza mezzi termini coloro che praticano la medicina solo per i soldi: "*I ciarlatani hanno trovato la loro strada nella medicina, cercando denaro invece di seguire la legge dell'amore. Ebbene, quando una qualunque impresa è diretta al guadagno egoistico, l'arte viene tradita...*".
Inevitabilmente, Paracelso fu contestato in vita, e criticato come ciarlatano per secoli. Ma F.H. Garrison, il grande storico della medicina, lo considera "*il pensatore più originale del Cinquecento*", e William Osler, uno dei padri della clinica moderna, lo chiama "*il Lutero della medicina*" a simboleggiare la rivolta contro la vacua tradizione. La sua opera è enorme e spesso di difficile lettura. Paracelso non è ancora uno sperimentatore nel senso moderno, ma ha notevoli intuizioni: parla di "*quintessenza*" dei rimedi - un po' come oggi noi parliamo di "principi attivi" - e introduce in medicina nuovi farmaci, per lo più minerali come il ferro, lo zinco, lo zolfo, il mercurio... Nello stesso tempo, riconosce il pericolo delle sostanze tossiche: "*Tutte le cose sono veleno, niente è senza veleno, e solo la dose fa sì che una cosa non sia veleno*". Paracelso enumera l'oppio fra i "*principi dei semplici*", e sembra che ne faccia uso quotidiano. Include l'oppio in diverse ricette di sedativi e antidolorifici ("*I sedativi sono di particolare efficacia quando comprendono l'oppio tebaico*") e lo chiama "*la pietra dell'immortalità*". Probabilmente anche nel suo "laudano" - termine inventato da lui e di cui non si è mai determinata l'origine ("*Posseggo un segreto, che chiamo laudano, che non ha eguali quando si vuol evitare la morte*") - l'oppio era l'ingrediente fondamentale.

L'Europa dal XVI al XVII secolo

I grandi viaggiatori portano in Europa molte notizie sull'oppio raccolte in oriente, dove la droga si è fortemente radicata nel costume, oltre che nella medicina. Pierre Belon (1517-64), un naturalista francese che viaggia in Turchia e in Egitto, racconta: "*Non c'è un Turco che non spenda fino al suo ultimo soldo per l'oppio, che porta con sé in tempo di pace e in tempo di guerra*". Prospero Alpino (1553-1617) - colui che nel 1580 per primo porterà il caffè a Venezia - nel *De medicina Egyptorum* osserva che in Egitto vi erano persone che prendevano senza inconvenienti anche 12 grammi di oppio al giorno. Il medico austriaco Leonhard Rauwolf di Augsburg, nel diario del suo viaggio in Siria e in Persia (1573-8), racconta che anche presso i farmacisti del *bazar* di Aleppo "*si trova l'oppio, qui chiamato* ofiun. *I Turchi, i Mori, i Persiani e molti altri popoli lo prendono d'abitudine, non solo quando sono in guerra contro*

i nemici, per non pensare alla morte e darsi coraggio, ma anche in pace, per far tacere o almeno attenuare le ansie e i brutti pensieri...".

Shakespeare & Co.

Il potere del papavero è ricordato da Shakespeare nei famosi versi dell'*Othello* sulla serenità perduta: *"Not poppy nor mandragore/Nor all the drowsy syrups of the world,/Shall ever medicine thee into that sweet sleep/Which thou ow'dst yesterday"* (*"Né il papavero né la mandragora, né tutti gli altri succhi sonniferi del mondo, mai ti daranno sollievo in quel dolce sonno che ancora ieri godevi"*; Atto III, scena iii). Ma ne parlano anche Cervantes, Lope de Vega e Molière - che ironizza sulla prosopopea dei medici e sulla vacuità del loro sapere nel famoso episodio dell'esame di medicina nel *Malato Immaginario*: *"Mihi a docto doctore/Demandatur causam et rationem quare/opium facit dormire:/A quoi respondeo/Quia est in eo/virtus dormitiva/cujus est natura/sensus assopire"* (*"Da un dotto dottore mi è chiesta la causa e la ragione per cui l'oppio faccia dormire. A ciò rispondo: perché v'è in esso una virtù dormitiva la cui natura è di assopire i sensi..."*; Atto III, Terzo intermezzo).

Medici affascinati dall'oppio: Thomas Sydenham e colleghi

L'oppio affascina i medici e gli scienziati del Seicento, che non solo continuano a includerlo nelle loro ricette, ma sulla base del fatto che da un campione all'altro di oppio si osservano grandi differenze di efficacia, ne cercano il principio attivo, la *quintessenza* - o, secondo una nuova espressione - il *magisterium opii*.[2] Il più importante sostenitore dell'oppio agli albori della medicina moderna è senz'altro Thomas Sydenham (1624-1689), che si laurea a Oxford e continua gli studi di medicina a Montpellier. Grande clinico, valuta l'esperienza pratica e l'osservazione molto più del sapere libresco. Le sue *Medical observations* sono ancora oggi un modello di precisione e chiarezza. Sydenham fu l'inventore di una ricetta di "laudano" che porterà il suo nome e resterà quasi invariata fino ai nostri giorni. Sydenham scrive dell'oppio: "*Fra i rimedi che all'Onnipotente è piaciuto dare all'uomo per alleviare le sue sofferenze, nessuno è più universale ed efficace dell'oppio*"; "*Senza oppio, l'arte di guarire cesserebbe di esistere*"; "*Questo farmaco è così insostituibile e utile nelle mani del medico esperto e capace che la scienza farmaceutica senza di esso resterebbe imperfetta e vacillante*".[3] Come Paracelso, anche Sydenham - afflitto dalla gotta - diventa un grande consumatore del suo farmaco preferito e alcuni suoi scritti lo rivelano senza ombra di dubbio.

Il laudano di Sydenham è una soluzione idroalcolica di oppio e zafferano ("*tinctura opii crocata*"). Ebbe molte varianti, come l'aggiunta di cannella e chiodi di garofano per mascherare meglio il sapore amaro e nauseante dell'oppio. Fino ai tempi delle nostre nonne, il laudano era nell'armadietto dei farmaci di ogni

famiglia. Dai documenti di Sydenham, si calcola che egli abbia prodotto per i suoi pazienti circa 17.000 libbre (8 tonnellate) di laudano!

Un allievo di Sydenham, Thomas Dover (1660-1742), che vive un'avventurosa carriera come pirata e come chirurgo navale, ha un ruolo non trascurabile nella storia medica dell'oppio: anche la *polvere di Dover*, una miscela di oppio e ipecacuana originariamente raccomandata per la gotta, rimase in uso fino a tempi recenti. Ma il più sincero entusiasta dell'oppio (anche come consumatore) è il simpatico dottor John Jones di Oxford, che nel libro *I misteri dell'oppio rivelati* (*The Mysteries of Opium Reveal'd*) del 1700, si propone di mostrare "*il* Principio nocivo *[dell'oppio] e come separarlo, rendendo [l'oppio] una sana e nobile Panacea*" dato che "*Tutti, o la maggior parte dei* Medici *sono unanimi nel sostenere che l'Oppio ha una* Qualità nociva *che causa il* Vomito, *i* Singhiozzi, *le* Angosce, *le* Ansie, *le* Convulsioni *(...); e che se fosse liberato da essa, sarebbe il più nobile dei Medicamenti*".

Secondo Jones, chi si dedica alle sue normali attività dopo aver preso oppio, può godere di qualcosa che somiglia a "*un deliziosissimo e straordinario* Ristoro *dello spirito a causa di un'ottima* Notizia, *o di qualche altro grande motivo di* Gioia, *come la vista di una Persona teneramente amata ecc., che si pensava dispersa in* Mare*(...) è come se un* Genio Benevolo *possedesse, o informasse un Uomo; perciò la gente normalmente la definisce una* Condizione paradisiaca, *come se nessun* Piacere mondano *potesse esser comparato ad essa*". Il libro è più o meno tutto su questo tono, ma quando non lo sostiene l'afflato poetico Jones si lancia in ragionamenti non propriamente memorabili: "*L'oppio non agisce causando una sensazione fastidiosa, e non rimanendo alcun modo diverso attraverso cui agire, deve agire provocando una sensazione piacevole... Ora, gentile Lettore, considera che i contrari sono la vera cura dei contrari. E allora che cosa può curare il dolore meglio del piacere? È molto strano allora che milioni di persone nelle varie epoche avendo trovato la cura con l'oppio, ovvero il sollievo dal dolore e tutti i suoi effetti, superiore a tutte le cose, non abbiano attribuito la sua azione al fatto di provocare una sensazione piacevole, che è il diretto contrario del dolore, soprattutto dal momento che ogni uomo che ha preso oppio ha sentito un reale piacere nel prenderlo...*". Comunque, Jones descrive in modo piuttosto accurato gli effetti dell'oppio, e riconosce anche le sofferenze della crisi di astinenza: "*Grandi, e anche intollerabili Disturbi, Angosce e Depressioni dello Spirito, che in pochi giorni spesso hanno fine in una miserevolissima* Morte, *accompagnata da* strane Agonie".

Fra i tanti entusiasti, c'è qualche pecora nera: per esempio Samuel Crumpe, un'eccezione fra i medici del tempo, in quanto considera l'oppio essenzialmente dannoso anche come farmaco. Nel suo *Un'indagine sulla Natura e le Proprietà dell'Oppio* (*An Inquiry into the Nature and Properties of Opium*) del 1793, è uno dei primi a non passare sotto silenzio i pericoli dell'oppio - che aveva usato personalmente e conosceva bene - e a sollevare il problema del continuo dilagare del suo uso, o come diremmo oggi, abuso. E infine, non sarebbe giusto seppellire nell'oblío la deliziosa spiegazione del modo di agire dell'oppio data dal Signor M. Pomet, farmacista-capo alla corte di Luigi XIV di Francia: "*L'oppio procura il riposo*

per mezzo delle sue particelle viscose e sulfuree, che essendo portate ai canali del cervello, dalle parti volatili, agglutinano e fissano gli spiriti animali, in modo tale che esso ferma per qualche tempo la loro circolazione, dalla velocità del loro precedente movimento; cosicché durante quell'ostruzione, o legame degli spiriti, ne segue il sonno; perché i sensi sono come ostacolati o rinchiusi dalla proprietà vischiosa e agglutinante dell'oppio"... Non siamo molto lontani dalla già citata *virtus dormitiva* del grande Molière.[4]

William Heberden

William Heberden (1710-1801), laureato a Oxford, medico di Giorgio III d'Inghilterra e di Samuel Johnson, è un eccellente clinico, i cui *Commentaries* si leggono ancor oggi con interesse. Ancor giovane, Heberden dimostra la sua stoffa scrivendo un *Saggio sull'antidoto di Mitridate e la theriaka* (1745) che, nelle parole di D. Guthrie, "*diede il colpo di grazia a questi antidoti fantasiosi e fece sì che fossero esclusi dalla farmacopea*" - ed era ora![5] Ma un vero medico come Heberden non confonde un farmaco di valore con i pasticci dei ciarlatani. È stato recentemente riscoperto un suo breve saggio sull'oppio, probabilmente del 1774, che i medici di oggi dovrebbero meditare.[6] Heberden fa notare che l'oppio è un farmaco molto sicuro, e che nella sua lunga esperienza egli non è stato in grado di "*determinare quale sia il particolare danno dovuto a un uso lungo e continuato di oppio in grandi quantità, o anche se davvero vi sia qualche danno*". Egli stesso ha saputo di casi di "*uso quotidiano di un grano e mezzo per quarant'anni senza alcun reale o supposto effetto negativo*". Bisogna solo - sostiene - aver l'accortezza di basar sempre la scelta del preparato e la dose sul singolo caso: "*Nessuno (...) dovrebbe essere scoraggiato dal dare o dal prendere un oppiaceo, finché diverse preparazioni non sono state provate: e queste prove possono facilmente esser fatte con tale cautela da provocare solo minimi disturbi e nessun pericolo. (...) L'oppio è ben lontano dall'essere la minore delle benedizioni che la Provvidenza ci ha dato per mitigare le varie sofferenze a cui l'umana forma è soggetta. Ci sono farmaci specifici, o cure, per pochi dei nostri mali, mentre l'oppio porta qualche sollievo in tutti*".

L'oppio in Oriente: portoghesi, olandesi, francesi, spagnoli, inglesi...

L'età moderna inizia per gli europei con i grandi viaggi di esplorazione, ed è il portoghese Vasco de Gama con la circumnavigazione dell'Africa ad aprire nel 1498 la via delle Indie.[7] Agli inizi del 1500, il commercio arabo in India e oltre viene scoperto dai primi viaggiatori europei. Calicut, sulla costa del Malabār, è già nel XV secolo un porto fiorente, a cui fanno capo mercanti arabi, indù e persino cinesi, ed è il punto di partenza delle merci - pepe, zenzero, avorio, oro, sete,

gioielli - dirette in Africa orientale, in Persia, in Arabia e in Cina. L'oppio viene regolarmente citato nei racconti dei viaggiatori.

Duarte Barbosa nel 1516 riferisce che i mercanti arabi portano verso oriente l'*afiun* per venderlo a Bombay, e che i Cinesi, che portano le loro merci soprattutto a Malacca, tornano indietro, oltre che con zafferano e assenzio, con molto oppio. Garcia da Orta, che arriva in India nel 1554 come medico personale del viceré portoghese, parla dell'oppio importato in India dall'Egitto, e di quello prodotto localmente: "*Anche se lo consumano in piccole quantità, è una merce molto richiesta in tutti i luoghi in cui lo si usa, perché se non lo prendono sono in pericolo di vita (...) Quelli che lo usano vanno in giro mezzi addormentati, e dicono che lo prendono per cancellare le preoccupazioni*". Lo studioso di lingue orientali Padre Raphael, nel suo libro *Estat de la Perse* (1660) descrive dei locali pubblici (*kokenar krone*), in cui si vende un decotto di papavero. Jean Chardin nei *Voyages de M. le Chevalier en Perse et autres lieux de l'Orient* (1687) scrive: "*I Persiani che sono assuefatti all'uso di questo rimedio non possono vivere senza: la sua mancanza produce depressione dello spirito, e languore e debolezza sono immediatamente evidenti nel comportamento. I Turchi dicono che non possono vivere senza oppio a meno che non venga dato loro, in sostituzione, del vino; ma anche così, non sono contenti (...)*". Engelbert Kämpfer, nel resoconto dei suoi viaggi in Oriente, *Amœnitates exoticæ* (1712), racconta che l'uso dell'oppio è assai frequente sia fra i Persiani che fra gli Indiani, e che esso dona "*serenità, ilarità e tranquillità*". Kämpfer è uno dei primi a descrivere l'uso del *madak*, una miscela di tabacco e oppio che si fuma: ed è questa usanza, probabilmente nata a Giava, che grazie ai mercanti portoghesi si diffonderà rapidamente a Formosa e di qui alla Cina continentale.

I portoghesi sono i primi mercanti europei a raggiungere l'India e la Cina (il *Cathay*) via mare, doppiando il Capo di Buona Speranza. Dopo il viaggio di Vasco de Gama, stabiliscono importanti avamposti commerciali e colonie in Arabia (Aden), nell'India occidentale (Goa, Calicut, Cochin), nell'isola di Ceylon (Colombo), e più a est, a Malacca. Questi punti d'appoggio saranno il trampolino di lancio verso l'Estremo Oriente. Nel 1557 il Celeste Imperatore della dinastia Ming dà ai portoghesi il permesso di costruire una città sull'estuario del fiume delle Perle, di fronte a Canton e all'isola di Hong Kong. Nasce Macao, che diventerà un avamposto esclusivo: per quasi un secolo, i portoghesi saranno i soli a commerciare con la Cina, e Macao è ancora oggi colonia portoghese.

Nel 1602 i portoghesi subiscono però un primo smacco. L'olandese Maurizio di Nassau fonda la *Compagnia olandese delle Indie Orientali*, con uno statuto che la rende quasi uno stato autonomo, con i diritti di battere moneta, di avere un esercito e di amministrare la giustizia, ma con un solo scopo: il profitto. La Compagnia olandese soppianta rapidamente i portoghesi a Ceylon e nel Bengala, e inizia a vendere l'oppio bengalese in Malesia e nelle Molucche. Gli olandesi si attestano a Giava - quella che oggi è l'Indonesia diventerà una loro colonia - ma arrivano fino a Formosa. Dal 1677 instaurano un monopolio dell'oppio a Giava, e

vendono la droga ai Cinesi di Formosa, del Fujian, del Guangdong. Anche i francesi sono presenti in India con la loro *Compagnie des Indes Orientales*, fondata nel 1664, e hanno i loro "*comptoirs*" (agenzie commerciali) sulla costa orientale, da Pondichéry, a sud di Madras, fino al Bengala. Forti delle loro basi militari nelle isole dell'Oceano Indiano, diventeranno i più importanti concorrenti degli inglesi nei commerci con l'India. Tuttavia, nonostante una grande abilità manovriera con i potenti locali, a seguito delle guerre che si scatenano in Europa perderanno gran parte del loro potere a favore degli inglesi.
Non bisogna infatti pensare che l'immensa area coperta dai traffici europei - "le Indie" di allora andavano dal Capo di Buona Speranza alla costa occidentale del Pacifico - fosse un campo di leale concorrenza mercantile. Era solo un territorio senza regole percorso da bande di avventurieri e di pirati pronti a tutto pur di derubarsi a vicenda dei preziosi carichi delle navi. A volte, bastava attardarsi in un porto per vedersi rubare dai concorrenti tutto un carico di spezie o di oppio. E alla fine, si dimostrò molto chiaramente che il successo dipendeva soprattutto dai cannoni di bordo, dalla spietatezza dei comandanti e dei marinai, e dall'appoggio di una flotta militare pronta a intervenire. Pian piano, si delinearono i campi di influenza. E fino a tutto l'Ottocento i portoghesi rimarranno ben insediati a Goa e a Macao, gli olandesi a Giava, i francesi in Indocina, gli spagnoli nelle Filippine, gli inglesi in India e in Birmania.

L'oppio nell'India dei Moghul

I Moghul - di religione musulmana - dominano l'India dal XVI secolo fino alla presa del potere da parte dell'*East India Company* nel 1757. Il fondatore della dinastia, Zahiruddin Mohammad Bābur, di origine turca da parte di padre e mongola da parte di madre (discendente nientemeno che da Gengis Khan), re di Kabul, detto "il tigre", nel 1526 conquista il nord dell'Hindustān fino a Benares e stabilisce la capitale a Delhī. In India, già da tempo l'oppio è il farmaco più comune per tutta una serie di disturbi frequenti e in certe regioni, per esempio nel Rājputāna (l'insieme di piccoli stati indipendenti su cui regnano i *rājput*) è la più comune "droga sociale".[8] Appena salito al trono, Bābur pone la produzione e la vendita di oppio sotto il controllo di un monopolio di stato: d'ora in poi, le terre coltivate a papavero forniranno una rilevante quota delle imposte. Il figlio e successore di Bābur, Humāyūn, è un forte consumatore di alcool e di oppio, si interessa solo di astrologia e ha un regno breve e contrastato. Cacciato dal trono, dopo un lungo esilio in Persia Humāyūn riconquista il potere solo per morire in modo tragicomico cadendo, ubriaco o annebbiato dall'oppio, dalla scala del suo osservatorio astronomico. Ci è rimasta la ricetta delle sue pillole di oppio: metà oppio della valle di Swat e metà di Jallālābād, più abbondante miele di rosa

secco, mescolati bene a formare delle piccole sfere, da coprire poi con polvere d'argento. A Humāyūn succede il figlio Jalāl-ad-Dīn Muhammad Akbar, di soli 13 anni, che - benché rimasto analfabeta nei disagi dell'esilio - diventerà, nel suo lungo regno (1556-1605), il più grande e illuminato imperatore Moghul. Akbar (il cui stesso nome significa "Grande") governa abilmente con il metodo del *divide et impera*, diventando l'ago della bilancia fra i vari potentati, e comprendendo per primo gli aspetti pluralistici del suo immenso impero. Trasferisce la capitale ad Āgrā, dove costruisce l'imponente Forte Rosso che domina la città. Rispetta la religiosità indù, cancella il diritto dei sovrani locali di esigere tasse dagli indù in pellegrinaggio verso i luoghi sacri, esenta dal pagamento delle tasse i distretti colpiti da siccità o carestie, abroga la *jizya*, una speciale imposta applicata solo ai non-musulmani. Con un'efficiente e spesso generosa amministrazione, riesce a stimolare la crescita economica e i commerci: le stoffe di cotone indiano vengono esportate in gran parte dell'Asia e in Africa, mentre i tessuti e i tappeti del Kashmir prendono la via dell'Europa, e prodotti come le spezie, l'oppio, l'indaco, l'avorio, le sete e i gioielli sono apprezzati dai mercanti di tutte le nazioni che approdano in India. Sotto Akbar, i grandi mercanti indiani iniziano a costruire immense fortune. Akbar rafforza il monopolio statale dell'oppio, introducendo un sistema di tassazione a favore dei governi locali delle regioni di produzione, e uno stretto controllo. La vendita dell'oppio procura ingenti entrate alle casse statali e Calicut, base portoghese sulla costa del Malabār, è il porto più importante per l'esportazione della droga. L'oppio, insieme al vino e alla canapa, continua a essere molto usato anche alla corte Moghul, e lo stesso Akbar - soggetto a crisi depressive in cui si ritira nel misticismo, che si alternano a periodi di forte energia e esaltazione - ne fa uso. Akbar muore - forse avvelenato dal figlio Salīm - nel 1605, e Salīm gli succede assumendo il nome di Jahānjīr ("*Conquistatore del mondo*"). Tuttavia, a dispetto del nome, Jahānjīr non è un conquistatore, e neppure un buon amministratore: si interessa solo alle scienze naturali. È un grande bevitore di vino e acquavite, e un moderato consumatore di oppio - sempre sorvegliato dalla seconda moglie, la principessa persiana Nūr Jahān ("*Luce del mondo*"). Ci interessa particolarmente in quanto William Hawkins, rappresentante inglese alla corte Moghul, racconta che Jahānjīr "fuma" l'oppio al pomeriggio - e questo è uno dei primi riferimenti al nuovo modo di usarlo.[9] A Jahāngīr, dopo un lungo periodo di lotte e intrighi familiari, succede il figlio Shāh Jahān, rimasto famoso per il lusso della sua corte e le sue spese faraoniche. Shāh Jahān mantiene un *harem* di cinquemila concubine, si fa cesellare il fantasmagorico Trono del Pavone, tutto oro e pietre preziose, e soprattutto fa costruire senza risparmio grandiose opere architettoniche. Ad Āgrā resta fra le meraviglie dell'India e del mondo il famoso *Taj Mahal*, il mausoleo funebre da lui dedicato alla moglie Mumtāz Mahal, morta di parto nel 1631. A Delhī - dove la corte si trasferirà, abbandonando Āgrā, nel 1648 - fa costruire l'immenso *Lāl Qilā*

(Forte rosso) e la grande moschea sulla collina antistante. Gli ultimi anni di Shāh Jahān, trascorsi fra le lotte e gli intrighi dei figli, si chiudono nel Forte Rosso di Āgrā, dove viene imprigionato dal figlio e successore Aurangzeb per sette anni, fino alla morte - con le sole consolazioni della vista del Taj Mahal e, naturalmente, dell'oppio. Aurangzeb, che assume il nome di 'Ālamgīr, è l'ultimo dei grandi sovrani Moghul. Infaticabile, austero e onesto, ma gelido e spietato con i nemici come con i fratelli, che uccide a uno a uno, egli governa con il terrore. Con lui l'alcool, l'hashish e l'oppio scompaiono dalla vita di corte. Ma il suo regno è l'inizio della fine per la dinastia Moghul, che si spegne in lotte intestine e fratricide. Nel disordine generale, anche il monopolio dell'oppio si sfalda. Il controllo della produzione più ricca - quella della regione di Patnā e Benares - passa completamente nelle mani dei privati. Il mercato interno diventa una vera "libera concorrenza": i grandi mercanti istituiscono un complesso sistema di anticipi ai coltivatori, determinano il prezzo dell'oppio attraverso un vero e proprio mercato borsistico e trattano autonomamente con gli esportatori europei. Le prospettive economiche del commercio dell'oppio sono immense, e si capisce come una simile ricchezza abbia fatto sognare gli inglesi fin dal loro arrivo in forze in India.

La East India Company e il monopolio inglese dell'oppio

Inizialmente gli inglesi si insediano sulla costa orientale dell'India: nello sterminato delta del Gange sul golfo del Bengala, in una zona malsana e inospitale di paludi malariche, fondano il porto di Calcutta e da questa base parte la loro colonizzazione. Nella seconda metà del XVIII secolo, gli inglesi approfitteranno del crollo dei Moghul per espandere il potere della loro Compagnia dell'India Orientale (*East India Company*), e per trasformare alla fine il vasto subcontinente in una colonia di Sua Maestà. Il primo interesse della Compagnia è in realtà per il tè - una delle merci più richieste in patria - ma gli inglesi non riescono a occupare i grandi stati produttori del nord-est, Assam e Darjeeling, e restano stabilmente presenti solo a Calcutta. Man mano che il potere centrale dei Moghul si dissolve, l'influenza inglese nell'est dell'India si accresce. Nel 1757, gli inglesi rispondono con estrema determinazione a un grave incidente con il *nawāb* (sovrano) locale. Il luogotenente Robert Clive - che diverrà famoso come Sir Clive of India - grazie anche al fondamentale sostegno dei ricchi banchieri indù del Bengala che corrompono gli ufficiali nemici, sconfigge a Plassey il *nawāb* bengalese e ciò che resta delle forze dell'impero Moghul. In pochi anni, Clive diventa uno dei più ricchi sudditi britannici, e la Compagnia assume il controllo della regione di Patnā e quello del monopolio ufficiale dell'oppio nel Bengala e nel Bihar. L'oppio diventa un prodotto strategico per la Compagnia.

Clive - sull'onda del successo - torna in patria nel 1760, acquista il pacchetto azionario di controllo della Compagnia, e si assicura l'appoggio di un buon numero di deputati alla Camera dei Comuni. Forse vorrebbe godersi in pace i suoi immensi redditi, ma in India la Compagnia non ha vita facile. Via il gatto, i topi ballano. Gli amministratori lasciati in India da Sir Clive pensano soprattutto ai loro interessi personali e arraffano tutto quello che possono. La Compagnia, sotto la guida di William Bolts, un avventuriero anglo-olandese, si inimica tutti i mercanti dell'area. Scoppiano rivolte, che culminano nel 1763 a Patnā con il massacro di tutti i duecento residenti inglesi. Nel 1765, Sir Clive è costretto a tornare in India per riprendere il controllo della situazione. Con grande abilità, impone accordi molto vantaggiosi ai deboli *nawāb* locali e all'ormai impotente corte Moghul di Allāhābād. In cambio del diritto permanente di riscuotere le imposte della più ricca regione dell'India, incluse quelle del monopolio dell'oppio, offre ai formali detentori del potere entrate sufficienti a mantenere un ricco (seppur molto inferiore a quello di un tempo) tenore di vita e a stipendiare un po' di funzionari pubblici, mentre di fatto la Compagnia li "protegge" con le armi. Con questi accordi, il potere politico della Compagnia cresce enormemente: in pratica, l'India orientale è nelle sue mani, attraverso un pugno di nobili locali disarmati, che dipendono interamente da essa per il loro reddito. Ma la regione - mal amministrata in quanto quasi tutte le entrate fiscali restano nelle casse della Compagnia - piomba a poco a poco nel disordine, nell'anarchia e in una gravissima crisi economica e sociale. Quando, nel 1767, Clive torna definitivamente in Inghilterra,[10] quella che un tempo era stata l'area più ricca dell'India è prossima alla rovina. Oltre ai saccheggi britannici che avevano impedito la formazione di normali scorte alimentari, ci si mette anche la siccità, e nel 1769 il Bengala è colpito da una gravissima carestia, in cui muore di fame forse un terzo della popolazione rurale. La Compagnia lascia questi problemi sulle spalle del *nawāb*, che ovviamente non ha alcuna possibilità di affrontarli. Ma le cose, anche per gli inglesi, non vanno più bene come un tempo. Negli ultimi anni, le entrate della Compagnia sono state molto inferiori al previsto: i suoi funzionari sono diventati tutti ricchissimi facendo i migliori affari in proprio o trattenendosi laute mazzette, mentre essa è stata costretta a basarsi sempre più sull'oppio come principale fonte di profitti.

Negli anni in cui il "libero commercio" diventa un diritto incontestabile, l'oppio è forse l'ultima e più sicura risorsa, ed è quella su cui si concentreranno le attenzioni negli anni a venire. Ancora nel 1773 l'esportazione dell'oppio indiano è soprattutto diretta verso la Malesia e le Indie Olandesi. Il commercio con la Cina - peraltro tutto di contrabbando, dato che fin dal 1729 l'oppio è fuori legge - è ancora a livelli modesti ed è principalmente nelle mani dei portoghesi, che esportano l'oppio del Mālwā partendo dalla loro base di Goa. Ma la domanda cinese di oppio sta rapidamente crescendo, e l'oppio di Patnā è di qualità

superiore. Nel 1773, con l'*India Act*, la Compagnia viene riformata dal governo inglese. L'India Britannica - che comprende ormai non solo l'Est, ma anche Madras e Bombay - verrà governata, per conto della Compagnia, da un Consiglio di cinque membri, presieduto da Warren Hastings, che assume anche la carica di Governatore Generale.
All'inizio Hastings è recalcitrante verso l'idea del monopolio dell'oppio - è un liberale convinto e crede nel libero mercato e nella concorrenza - ma poi si piega alle necessità del bilancio e sfrutta pienamente la situazione. Trova anzi un'abile giustificazione morale e tecnica contro gli oppositori. L'argomento principale contro i monopoli era che essi non incoraggiano, ma frenano lo sviluppo della produzione per tener alti i prezzi. Ma nel caso dell'oppio, sostiene Hastings, questo diventa un argomento a favore: "*L'aumento della produzione di beni non essenziali per la vita non è un vantaggio (...) [L'oppio] non è un bene necessario alla vita, ma un dannoso articolo di lusso, che non dovrebbe essere permesso se non per il fine dell'esportazione, e di cui sta alla saggezza del governo limitare i consumi interni*".
In pochi anni, il monopolio dell'oppio indiano, dalle licenze di coltivazione del papavero alla vendita finale, è ben strutturato, ordinato, efficiente, e soprattutto, saldamente nelle mani della Compagnia. Per circa un secolo sarà una fondamentale fonte di reddito prima per la Compagnia e poi - dopo lo scioglimento di questa nel 1858 - per il governo inglese dell'India. Hastings e i suoi successori tuttavia non intendono mettere l'Inghilterra in una posizione illegale, e pertanto stanno ben attenti a non violare formalmente l'editto dell'Imperatore cinese che vieta l'importazione e l'uso dell'oppio. La Compagnia non partecipa mai direttamente al contrabbando, e si limita a vendere all'asta ogni anno, a Calcutta, l'oppio del monopolio indiano ai mercanti di qualunque nazione, disinteressandosi poi completamente a quello che essi ne faranno.

Nascita di una passione: l'oppio e la Cina

Da Marco Polo in poi, per gli occidentali la Cina è sempre stata un regno di favola. Un mondo ordinato e raffinatissimo, dove gli abiti dei dignitari sono di lucente, coloratissima seta e la polvere da sparo non è usata per uccidere ma per spettacolari fuochi d'artificio. Ma anche un paese chiuso in se stesso, diffidente, che si considera l'unica isola di civiltà in un mondo di barbari.
Alla fine del Seicento, il Celeste Imperatore K'ang Hsi è affascinato dai gesuiti che, arrivati come missionari, diventano insegnanti e conferenzieri pieni di curiose notizie sulla storia, la geografia, gli usi e i costumi dell'altra parte del mondo. Nel 1685, l'Imperatore decide quindi di aprire - nel rispetto delle cosiddette *Otto Regole* - il porto di Canton, sulla foce del Fiume delle Perle, agli incivili *fan kuei*, i "diavoli stranieri". Alcune delle regole sono solo clausole

vessatorie per umiliare i barbari e tenerli al loro posto, ma altre sono importanti. Nessuna nave da guerra né armi devono entrare nel Fiume delle Perle. Le navi mercantili non possono risalire il delta oltre Whampoa, 13 miglia a sud di Canton. Tutti i commerci e i traffici devono passare attraverso il monopolio della *Co-Hong*, una corporazione chiusa di 8-12 mercanti autorizzati, gli *Hong*, nominati dall'*Hai-kuan Pu* (semplificato dagli inglesi in *Hoppo*), il sovrintendente delle dogane, emissario diretto dell'imperatore.[11]

Con l'apertura ai commerci, ben presto arriva da Formosa e Amoy la moda di fumare il tabacco mescolato all'oppio (*madak*), e poi l'oppio da solo. Fino ad allora l'oppio - pur conosciuto in Cina da qualche secolo - è stato usato solo come farmaco. Ma molti cinesi, emigrati nei paesi vicini, hanno formato fiorenti colonie dedite ai commerci, e in tutto l'oriente sono diventati i migliori partner commerciali dei portoghesi, degli arabi e degli olandesi che comprano spezie e vendono oppio. L'uso dell'oppio non tarda a diffondersi verso la madrepatria, e l'oppio indiano, di qualità superiore, è il più richiesto. L'abitudine al fumo diventa una moda che preoccupa le autorità e l'Imperatore. La Cina si innamora infatti dell'oppio come non è mai successo a nessun altro paese. L'oppio penetra a tutti i livelli, iniziando da quelli più alti: i mandarini e i funzionari della pubblica amministrazione, gli ufficiali della guardia imperiale, gli eunuchi dell'*harem* dell'imperatore, i letterati, i ricchi mercanti. Anche l'esercito minaccia di perdere la sua efficienza a causa del nuovo "vizio". L'Imperatore Yung Chen non trova niente di meglio di una proibizione solenne. Il primo editto contro l'uso dell'oppio è del 1729: le fumerie d'oppio vengono chiuse, molti dei proprietari strangolati, gli aiutanti fustigati e esiliati. Questo sarà il primo di una serie di editti imperiali di scarsa efficacia pratica: un conto è emanare un editto da Pechino, un altro farlo applicare a migliaia di chilometri di distanza. Anzi, dopo la proibizione, con l'immediato aumento dei prezzi, a Canton l'affare dell'oppio diventa ancora più interessante. E non solo per i mercanti europei e i trafficanti locali, ma anche e soprattutto per i mandarini, il viceré e il governatore, che ci guadagnano in due modi: partecipando direttamente al contrabbando e chiedendo bustarelle per tenere la bocca chiusa. In pratica, l'unico a perderci con l'editto è proprio l'Imperatore, che resta tagliato fuori dal giro dei soldi e completamente all'oscuro della realtà.

Ancora nel 1762, le importazioni cinesi di oppio sono modeste, solo duecento casse da 1 *pikul* (60,5 kg). Ma cinque anni più tardi, le casse salgono già a mille. L'Inghilterra ha il controllo dell'oppio indiano - il migliore - e la più potente organizzazione commerciale, l'*East India Company*. Quando l'imperatore dichiara l'oppio fuorilegge, la Compagnia cessa di esportarlo in proprio. Però, godendo del monopolio in India, lo vende all'asta al miglior offerente, e se ne disinteressa. Sono gli acquirenti che poi lo trasportano in Cina con le loro navi o lo rivendono a loro volta a contrabbandieri e avventurieri. Una volta arrivato a Canton, l'oppio

verrà consegnato ai trafficanti locali, i quali sono i soli ad aver contatto con i destinatari ultimi.
L'isola di Lintin (*Chiodo solitario*), immediatamente a sud di Canton, fra Hong Kong e Macao, diventa il principale deposito dell'oppio in attesa di entrare in Cina. Le navi sono ovviamente extraterritoriali, e quindi fino a che l'oppio resta sulle navi nessuno può dir nulla. In ogni caso, violando le *Otto Regole*, le navi sono in genere ben armate, e anche i *centipedi* (o "*granchi veloci*") - le grandi barche a vela e remi che prelevano l'oppio dalle navi e lo trasportano a terra attraverso il labirinto di canali del delta del Fiume delle Perle - sono armati. Il contrabbando di oppio ha in effetti aspetti comici. Se una giunca mandarina scopre una nave contrabbandiera si getta all'inseguimento, ma sta ben attenta a non raggiungerla in nessun caso. Se spara cannonate, vuol dire che fra le navi c'è una distanza di assoluta sicurezza. Solo raramente si fa sul serio. Il più delle volte si fa solo un po' di scena, mentre nella residenza di qualche mandarino una consistente bustarella risolverà tutto. La lotta al contrabbando è una farsa perché il contrabbando conviene a tutti. Solo ogni tanto qualcuno paga davvero: qualche sfortunato microtrafficante che viene preso con poche libbre di oppio, e dopo un regolare processo viene condannato a morte per pubblico strangolamento - macabro ma concreto messaggio all'Imperatore che si fanno le cose per bene...

Bibliografia essenziale per questo capitolo:
Austin G. A. 1978; Bachmann C.-Coppel A. 1989; Butel P. 1995; Fay P.W. 1975; Guthrie D. 1977; High Times 1978; Inglis B. 1976 e 1979; Latimer D.- Goldberg J. 1981; Lewin L. 1924; Scott J.M. 1969; Seefelder M. 1990; Wolpert S. 1985.

Note

1. Fracastoro è scienziato di grande intelligenza e intuizione: nell'indagare sulle cause delle epidemie, è il primo a ipotizzare l'esistenza di particelle invisibili, che chiama *seminaria* - i "semi" della malattia - e che possono trasmettersi da persona a persona direttamente, attraverso abiti o oggetti, o anche a distanza. La sua opera *De contagione* è di incredibile modernità: purtroppo dovettero passare ancora secoli prima che "*idee tanto illuminate potessero avere un seguito pratico*" (Guthrie D. 1977).

2. Dobbiamo ricordare come studiosi dell'oppio i fondatori della scuola iatrochimica: il belga Jean Baptiste van Helmont (1579-1644) e il suo seguace Franciscus de le Boë (noto anche come F. Dubois o F. Sylvius) di Basilea che, sembra, si guadagnarono entrambi il titolo di *Doctor Opiatus* dai contemporanei. In particolare, de le Boë (1614-72) fu un eccellente scienziato e medico, fondatore della scuola clinica di Leida, nonché docente brillante e molto ammirato. Più o meno come il contemporaneo Sydenham, scrisse: "*Non*

si potrebbe esercitare alcuna pratica medica se mancasse l'oppio". Anche il grandissimo Robert Boyle (1627-91), uno dei più eminenti scienziati di tutti i tempi, fondatore della chimica moderna, fece ricerche sull'oppio trattandone le soluzioni acquose con acidi e alcali. Invece Georg Wolfgang Wedel (1642-1721), detto Wedelius, famoso medico e scienziato di Jena, autore di un'*Opiologia* (1674), fece esperimenti di combustione dell'oppio.

3. Frasi simili si possono leggere anche in testi di oggi, p.es.: "*Nella pratica della medicina non c'è farmaco così universalmente utile come l'oppio, come tale o nella forma del suo principio attivo, la morfina.*" (C.W. Edmunds in: Krueger H. et al. 1941, p. iii)

4. Citato da Scott J.M. 1969, p. 118.

5. La facoltà di medicina dell'Università di Parigi era addirittura arrivata a raccomandare l'uso quotidiano di *theriaka*. Ancora nel 1683, la farmacia reale di Parigi dovette procurare 58 dozzine di vipere vive per la preparazione pubblica della *theriaka* - anche se qualcuno ogni tanto aveva già osato avanzare dubbi sul reale valore terapeutico delle vipere...

6. In appendice a: B.Z. Paulshock. 1983. William Heberden and opium - some relief to all. *N Engl J Med* 308:53-6.

7. La spedizione, durata due anni (luglio 1497-agosto 1499), fu un grande successo economico. Si concluse infatti con un ricavo - per la vendita in patria dei prodotti acquistati in oriente - pari a 60 volte il suo costo. Quando la notizia si sparse, iniziò una vera corsa verso oriente da tutti gli stati europei che disponevano di flotte adeguate.

8. In quest'epoca nel Rājputāna il saluto all'ospite è: "*Prendi il tuo oppio*". Un accordo ratificato dalle parti con l'assunzione di oppio è considerato inviolabile e i sigilli che si applicano ai contratti e ai documenti legali portano l'iscrizione: "*Prendi un sorso di oppio*" (W.H. Brereton, citato da Scott J.M. 1969, p. 97).

9. In questo periodo nacque la moda del fumo dell'oppio fra i nobili indiani, ma in pochi anni la nuova usanza cadde in disuso, e si tornò ad assumere l'oppio in pillole o bevande.

10. Diventato a sua volta oppiomane, Clive morirà sette anni dopo, forse suicida, per un'overdose di laudano.

11. In pratica l'Hoppo, un mandarino anziano, paga l'Imperatore per l'onore di avere una carica così importante, gli *Hong* pagano l'Hoppo per aver accesso alla corporazione ed essere autorizzati a trattare con i barbari, e i *fan kuei* pagano gli *Hong* per poter far entrare in Cina le loro merci. L'Hoppo può esigere dagli *Hong* multe, doni, e pagamenti vari. Oltre che l'imperatore, l'Hoppo deve pagare gli altri mandarini anziani, il viceré e il governatore di Canton. Insomma, è tutto un giro di compensi e bustarelle che devono venir fuori, in ultima analisi, dalle tasche dei barbari. Teoricamente l'imperatore dovrebbe star meglio di tutti, visto che è lui a dettare le regole, ma il suo problema è che viene a sapere solo quello che l'Hoppo e gli altri alti funzionari vogliono fargli sapere...

4. *L'OPPIO NELLA STORIA (iii)*

L'isolamento della morfina; L'oppio nell'Inghilterra della rivoluzione industriale; Una situazione tranquilla (che non può durare...); La Cina innamorata dell'oppio; Il Commissario Lin; La prima guerra dell'oppio; Le conseguenze della prima e la seconda guerra dell'oppio; Il dibattito anti-oppio alle origini del proibizionismo

L'isolamento della morfina

Il vero passo avanti, una tappa fondamentale nella storia dell'oppio come farmaco e come "droga", arriva con l'alba del XIX secolo. Da un paio di secoli gli alchimisti prima e i chimici poi sono alla caccia della *quintessenza* dell'oppio - quello che oggi chiameremmo il suo "principio attivo" e i tempi sono ormai maturi per un successo.
Nel 1803, il farmacista parigino Louis Charles Derosne ottiene per primo un sale cristallizzabile dall'oppio (*"sel de Derosne"*) - probabilmente una miscela di morfina e narcotina. Nel 1804, Armand Seguin, chimico dell'armata di Napoleone, allievo del grandissimo Lavoisier, descrive all'Accademia delle Scienze di Parigi un procedimento capace di isolare dall'oppio una sostanza cristallizzabile - che avrebbe potuto essere l'agognata quintessenza. La sua scoperta viene tuttavia accantonata, come si dice, per cause di forza maggiore: Seguin finisce infatti per qualche anno in prigione, a causa di certi suoi traffici con l'esercito imperiale, e il suo lavoro sarà pubblicato solo nel 1814. È quindi al giovane Friedrich Wilhelm Adam Sertürner (1783-1841), oscuro aiuto-farmacista ventunenne di Paderborn (Westfalia), che la storia assegna il merito di scopritore della morfina.
Sertürner ha a disposizione attrezzature rudimentali ma lavora con metodo e precisione. Nel 1805 riesce a isolare dall'oppio una sostanza che chiama *acido meconico* e una serie di altri componenti, tra cui *"lo specifico elemento narcotico dell'oppio"*. Sertürner capisce subito di essere arrivato a un punto fermo. Dal nome di Morfeo, dio greco dei sogni, chiama la nuova sostanza *Morphium* (più tardi - con le nuove convenzioni sulla nomenclatura chimica - sarà cambiato in *Morphin*). Continua gli esperimenti e alla fine, nel 1817, prova il *Morphium* su se stesso e tre giovani amici, ne descrive accuratamente gli effetti, e dimostra di rendersi pienamente conto del valore della sua scoperta. In realtà Sertürner ha scoperto non una singola sostanza, ma tutta una nuova classe di sostanze di origine vegetale, farmacologicamente attive, diverse dalle basi ma come le basi capaci di formare sali con gli acidi: nel 1818 Wilhelm Meissner le chiamerà "alcaloidi".

L'oppio nell'Inghilterra della rivoluzione industriale

Nell'Inghilterra del primo Ottocento, alle prese con gli sconvolgimenti socioeconomici della rivoluzione industriale, l'uso di oppio non riguarda solo intellettuali raffinati come Coleridge e De Quincey.[1] Come hanno dimostrato Virginia Berridge e Griffith Edwards nel loro *Opium and the people* (1981) - una pietra miliare degli studi storici sulle droghe - in questo periodo assistiamo a un vero consumo di massa di preparati a base di oppio.
Si tratta in primo luogo di un uso medico o quasi-medico. L'accesso alle cure è un lusso che pochi possono permettersi - il medico costa troppo o semplicemente non c'è - e ci si affida a rimedi tradizionalmente conosciuti. L'oppio è uno di questi, ed è certamente, se non una cura risolutiva, almeno un farmaco di provata efficacia per mille diverse indicazioni: dolori reumatici, diarree, TBC, dolori mestruali, insonnia, tosse, malaria, gotta, ecc. Le preparazioni proprietarie (*patent medicines*) a base di oppio sono numerosissime: *Dover's Powder*, *Collis Browne's Chlorodyne*, *Godfrey's Cordial*, *Darby's Carminative*, *Mrs. Wilson's Soothing Syrup*, *McMunn's Elixir*, *Kendal Black Drop*... Persino i bambini vengono spesso tenuti tranquilli con l'oppio.[2] Del resto anche Coleridge e De Quincey sostengono di aver usato l'oppio solo come farmaco, e di aver dovuto subire come un colpo a tradimento la dipendenza conseguente all'uso regolare. Anzi, sui motivi dell'uso di oppio i due hanno una vivace disputa: ciascuno, mentre giustifica se stesso dicendo di averlo usato solo come "anodino", ovvero calmante e antidolorifico, accusa l'altro di averlo invece usato come "stimolante"! Oltre all'uso medico, sembra che si diffonda soprattutto in questo periodo un uso "voluttuario" dell'oppio, simile nelle motivazioni di fondo all'uso dell'alcool. Come raccontano Berridge e Edwards, prima della legge del 1868 (*Pharmacy Act*) che ne riserverà la vendita alle farmacie, i diversi preparati a base di oppio - laudano, pillole, polveri, clisteri, linimenti, ecc. - si possono acquistare anche in una varietà di negozi al dettaglio, nei mercati rionali e nei *pubs*. Nei Fens - regione paludosa, povera e malsana, piagata dalle febbri malariche, che si estende, un centinaio di chilometri a nord di Londra, fra Cambridge e l'insenatura del Wash - l'oppio diventa a poco a poco non solo la medicina più comune per grandi e piccoli malanni, ma anche un genere di conforto (o, come si usa dire all'epoca, uno "stimolante") alternativo all'alcool e meno costoso.

Una situazione tranquilla (che non può durare...)

In realtà, per tutto l'Ottocento e fino a ben oltre la prima guerra mondiale - e non solo in Inghilterra ma in tutta Europa, in Asia, e in America, ovunque sia disponibile - l'oppio è il farmaco più conosciuto e usato da una maggioranza di

persone di ogni ceto. Una maggioranza probabilmente analoga, in percentuale, a quella che oggi consuma analgesici, antinevralgici e tranquillanti. E lo è per gli stessi motivi di oggi: il sollievo a un malessere, fisico o morale.[3] Lo usano poeti e operai, medici e politici, casalinghe e avvocati, scrittori e insegnanti, sacerdoti e artisti. Solo una piccola percentuale dei consumatori, tuttavia, sembra farne un uso più che occasionale, e anche fra quelli che lo usano abbastanza regolarmente solo una minoranza arriva all'uso quotidiano e alla vera "dipendenza". Fra questi, poi, prevalgono senza dubbio persone affette da malattie croniche o che "curano" con gli oppiacei - magari su suggerimento del medico - il loro alcolismo.[4] Come già sottolinea De Quincey, c'è una grandissima differenza fra gli effetti farmacologici dell'alcool e quelli dell'oppio, e la differenza è nel fatto che l'alcool porta a perdere il controllo di sé e dei propri atti, a esaltare le emozioni e le passioni, compresa la naturale aggressività di ciascuno, mentre l'oppio tende a far chiudere in se stessi e a calmare, acquietare, sopire le tensioni e le emozioni e in particolare le tendenze aggressive. L'alcool spinge a un comportamento disordinato, esteriorizzato, rumoroso, a volte violento, mentre l'oppio porta al ritiro, alla quiete, alla soddisfazione, e alla contentezza con le cose come stanno. Non può quindi sorprendere che, mentre si leva un grande allarme sui liquori, nessuno ancora si preoccupi dell'oppio, che non è visto come un problema a cui prestare più che una minima attenzione. L'oppio è meno costoso del gin, e i suoi effetti sono socialmente assai meno allarmanti. Solo rare voci si levano a protestare contro il vero o supposto "abuso" di oppiacei, e anche queste soprattutto in occasione di qualche clamoroso caso di avvelenamento o delle relativamente rare morti accidentali.[5]

Per comprendere meglio la situazione occorre fare un cenno al grande problema dell'alcolismo di massa. Quelli che oggi chiamiamo "superalcolici" - nati per distillazione del vino intorno al IX-X secolo grazie agli alchimisti arabi, e dapprima utilizzati solo come medicina per ricchi (*aqua vitae*, acqua della vita) - con la diffusione della tecnica olandese di distillazione dai cereali fermentati e la produzione del "gin", sono in Inghilterra fin dal Rinascimento alla portata di tutti. Già nel XVI secolo appaiono fonte di disordine e devastazione sociale. La prima norma inglese contro l'alcool risale al 1552, e nel 1606, sotto Giacomo I, il Parlamento approva una "*Legge per reprimere l'Odioso e Ripugnante Peccato di Ubriachezza*" che resterà in vigore fino al 1872. Ma l'alcool diventa comunque il grande intossicante di massa: a partire dal 1690, e soprattutto fra il 1720 e il 1750, c'è una crescita accelerata dei consumi popolari di gin, legata a un periodo di crisi economica e pessime condizioni di vita, mentre il governo è direttamente coinvolto perché dai distillati trae ingenti redditi in forma di imposte. La progressione dei consumi è impressionante: meno di 1 milione di galloni[6] nel 1694; 3.601.000 galloni nel 1727; 5.394.000 nel 1735; 7.160.000 nel 1742. Soprattutto a Londra e nelle grandi città, la mancanza di lavoro e la povertà di

massa raggiungono livelli mai visti, il numero di crimini cresce, e la colpa di entrambi i fenomeni - povertà e criminalità - viene attribuita alquanto superficialmente all'uso dei liquori, senza porsi il problema se non sia piuttosto vero il contrario. Nasce il movimento anti-alcool, e inizia una serie di tentativi di controllo del cosiddetto "abuso" di alcool attraverso l'aumento della tassazione e le leggi sull'ubriachezza, tentativi peraltro inefficaci e fonte di problemi come il contrabbando e la corruzione.[7]

La Cina innamorata dell'oppio

Fra il 1790 e il 1830, le importazioni cinesi di oppio salgono vertiginosamente. Questo inverte il flusso dei movimenti finanziari. L'argento pagato dai cinesi per l'oppio prima raggiunge e poi supera quello pagato dagli inglesi per il tè e la seta. La bilancia commerciale cinese da positiva diventa fortemente negativa. Gli editti si succedono agli editti, ma la proibizione non funziona: le pene si aggravano, dalle bastonate alla gogna al taglio del labbro, e nulla cambia. In pratica tutti i paesi con sedi commerciali a Canton sono implicati nel contrabbando. Nel 1832 a Calcutta la Compagnia delle Indie incassa all'asta annuale dell'oppio circa 1 milione di sterline. Per l'India l'oppio è un prodotto vitale.[8]
Per trasportare l'oppio, in un primo periodo - fino al 1830 circa - si usano navi vecchie anche più di cent'anni, lente e incapaci di andare contro vento. Partono dall'India verso Canton in estate, con il monsone di sud-ovest, e tornano indietro d'inverno con il monsone di nord-est. I traffici, sia di oppio che di seta o di tè, sono assolutamente stagionali e si può fare solo un viaggio all'anno. Con l'aumento della richiesta di oppio, si pone il problema di fare più di un viaggio per stagione dall'India a Canton, problema che viene superato con le nuove *opium clippers*, navi agili e veloci, capaci di fare il percorso Calcutta-Canton in meno di tre settimane e di affrontare qualsiasi mare e qualsiasi vento.
A partire dal 1820-1830, l'uso dell'oppio in Cina non resta più limitato alle classi agiate, ma si diffonde fra i ceti popolari. Se i ricchi mandarini o mercanti possono acquistare senza problemi la loro costosa droga quotidiana, e mantenersi in normale salute ed efficienza, i poveri *coolies* supersfruttati e sottopagati devono spesso scegliere fra mangiare o fumare l'oppio. In una vita da disperati, sfiancati da ore e ore di lavoro pesante, l'oppio offre, la sera, un rapido sollievo dalla stanchezza e dai dolori, una pausa di dolce far niente, quasi una vacanza. Senza cibo non si regge a lungo, ma c'è poco da scegliere: o mangiare o fumare. E siccome chi sceglie di mangiare si trascina solo un po' più a lungo prima di morire di fatica e di malattie, molti scelgono di privilegiare il fumo. Ma l'oppio non fa miracoli: non fa soffrire la fame, ma non sostituisce il cibo. Sono di quest'epoca le drammatiche descrizioni e immagini di fumatori ebeti, emaciati,

scheletriti - in realtà non tanto per l'oppio quanto per la denutrizione. Chi li vide, attribuì in buona fede all'oppio la colpa di tante miserie, ma la vera colpa dell'oppio di contrabbando era solo quella di esser troppo caro per lo sventurato *coolie* che diventava un consumatore quotidiano. Il ricco mandarino o mercante, che pure ne fumava quantità molte volte superiori, restava in ottima salute, ben nutrito, lucido, e arrivava a tarda età perfettamente in grado di badare ai suoi affari.

I protagonisti: William Jardine, James Matheson, Karl Gützlaff

William Jardine è uno scozzese arrivato in Cina come aiuto-medico sulla nave *Indiaman* della East India Company. Nel 1831 si mette in proprio e apre un'agenzia di commercio con l'estremo oriente. A Canton diventa amico e socio di un altro scozzese, James Matheson. In poco tempo, la ditta *Jardine & Matheson* diventa la più grande agenzia di commercio dell'oriente, e controlla una quota così alta del commercio fra India e Cina da influenzare fortemente le scelte della Compagnia e persino del governo inglese. Jardine e Matheson sfruttano spesso i servigi del "missionario" tedesco Karl Gützlaff, un personaggio veramente straordinario. Figlio di un fornaio, riceve la sua istruzione da un rilegatore di libri. Intraprendente e avventuroso, va a Giava con gli olandesi, impara il dialetto del Fukien, e sogna la favolosa Cina. Quando sua moglie muore e gli lascia una piccola eredità, si lancia. Arriva a Macao nel 1831, diventa missionario-predicatore e viaggia, per lo più da solo, distribuendo la Bibbia tradotta in cinese, opuscoli religiosi, e pillole varie. Conoscendo bene diversi dialetti cinesi, a volte arriva a far finta di essere un cinese travestito da barbaro. Contemporaneamente, fa l'interprete e l'intermediario per *Jardine & Matheson*, e per loro tratta gli affari dell'oppio. Alla fine - grazie ai buoni uffici della potente ditta - diventerà *Colonial Secretary* di Hong Kong.

Con le nuove navi, oltre alla vendita a Lintin, o addirittura, per i più audaci, direttamente a Canton, pian piano il mercato dei contrabbandieri si amplia verso nord, anche 200-300 miglia oltre Canton. Il povero Imperatore non può far nulla mentre i barbari mandano le loro navi dove vogliono, mappano le coste per i futuri viaggi, e pian piano conquistano nuovi mercati per il loro dannato oppio. L'oppio è diventato una maledizione per la Cina. L'amministrazione pubblica è stravolta dalla corruzione, il governo centrale non ha modo di affermare la sua autorità, e bisogna preoccuparsi per il rapido calo delle riserve di argento. Per di più, in quegli anni, la Cina soffre una serie di cattivi raccolti per la siccità, e quindi si ha grave penuria di cibo. L'Imperatore, allevato nella convinzione di essere il Figlio del Cielo, e di avere per natura il dono della più grande saggezza, appare, nei resoconti dell'epoca, totalmente disorientato fra queste disgrazie incontrollabili. Ma anche per i barbari le cose non vanno più tanto bene. Nel 1834, la *East India Company* si ritira da Canton e i mercanti inglesi rimasti si

sentono lasciati a se stessi. Sono più di duecento, ma senza la guida autorevole della potente Compagnia delle Indie sono allo sbando: c'è chi vuole restare amico dei cinesi, e chi vuole imporgli le sue regole liberistiche - altro che le *Otto Regole* dell'Imperatore! Alla fine i falchi l'hanno vinta sulle colombe. I mercanti cominciano a far arrivare l'oppio direttamente a Canton invece di fermarsi a venderlo a Lintin. Questo crea grossi problemi a viceré e governatore, che tra l'altro hanno appena organizzato una propria flotta di *centipedi* per il trasporto dell'oppio da Lintin alla città. L'ultima cosa che i dignitari cinesi vogliono è interrompere un traffico così redditizio, ma la notizia che i barbari violano le regole rischia di arrivare prima o poi a Pechino, ed essi non possono apparire inattivi di fronte a questa gravissima offesa. Il clima è sempre più teso, e gli incidenti - più o meno gravi - si susseguono uno dietro l'altro...

Il commissario Lin

Nel 1836, di fronte al disastro, l'Imperatore Dao Guang - dopo una serie di consultazioni con i suoi più alti funzionari sull'opportunità o meno di mantenere la proibizione - decide di mostrare i muscoli. Il 10 marzo 1839 arriva a Canton l'Alto Commissario Lin Tsê-Hsü, col compito di bloccare definitivamente il contrabbando di oppio, e con pieni poteri anche su viceré e governatore. Si narra che, appresa la notizia, il viceré svenne e non si riprese per più di un'ora.
Gli americani della *Russell & Co.* capiscono che le cose si mettono male, e decidono subito di abbandonare il traffico di oppio, ma gli inglesi hanno già in mano il nuovo raccolto indiano, la Cina è l'unico sbocco, e decidono di rischiare. Il 18 marzo, il Commissario Lin ordina ai mercanti barbari di non partecipare più al contrabbando e di consegnare tutto l'oppio in loro possesso entro tre giorni. Lin dimostra subito di avere una caratteristica rara per un alto ufficiale cinese del tempo: non è corruttibile. Il nuovo sovrintendente-capo inglese a Canton, Charles Elliott, tenta di tergiversare, ma si sente in difficoltà. Anche lui è un uomo di alti principi, personalmente contrario al commercio illegale e al contrabbando di oppio, e assolutamente onesto. Come osserva Scott,[9] se Elliott e Lin avessero potuto parlarsi da pari a pari, forse avrebbero trovato una soluzione comoda per tutti, salvo che per i fumatori di oppio. In fondo, i mercanti stranieri sarebbero stati lieti di cessare il contrabbando di oppio in cambio della libertà di commercio: alla lunga ci avrebbero guadagnato. I cinesi volevano invece eliminare subito l'oppio, mentre in cuor loro sapevano che l'apertura al commercio era solo questione di tempo. Ma purtroppo, il Commissario inviato dal Figlio del Cielo non poteva abbassarsi a trattare con un semplice *taipan*, capo dei disprezzati *fan kuei*. Per questo le cose andarono diversamente e in maniera insoddisfacente per tutti, compresi i fumatori di oppio.

Il 19 marzo, Lin blocca ogni attività commerciale e proibisce ai mercanti stranieri di lasciare Canton, come ogni anno a fine inverno, per Macao. Il 21, scadenza per la consegna dell'oppio, Lin passa alle maniere forti. I mercanti raccolgono rapidamente 1.037 casse di oppio, sperando di accontentarlo. Ma Lin non accetta e pone un *ultimatum*. Elliott - con un'unica nave da guerra inglese nel raggio di 100 miglia e senza possibilità di comunicare con l'Inghilterra in meno di 4 mesi - si spaventa e non vede altra via di uscita se non obbedire. Il 27 marzo invita quindi i mercanti inglesi a consegnare l'oppio, promettendo, come rappresentante della Corona, un equo indennizzo. Ci sono alte grida di protesta, ma i mercanti sotto sotto trovano l'idea dell'indennizzo una soluzione vantaggiosa. Anche Lin viene sorpreso: il suo rifiuto delle 1.037 casse era stato solo una prima mossa in vista di una trattativa, e invece ora si trova di colpo ad aver vinto tutto. Lin riceve ben 20.283 casse d'oppio (1.230 tonnellate). In tre settimane, euforico per il successo, Lin fa distruggere l'oppio con calce viva e sale, e lo fa gettare in mare. Quindi toglie l'assedio alle *factories*, riapre i commerci, permette alle navi di partire, lascia che i mercanti raggiungano le famiglie a Macao, e fa persino dei doni a chi ha consegnato l'oppio. Manda un messaggero a Pechino con la lieta novella. Ma non ha capito la vera questione: ha perso un'occasione storica - trattare lo scambio fra cessazione del traffico di oppio e apertura al libero commercio - e ha offeso la nazione più potente sui mari.

La prima guerra dell'oppio

Di fronte alla crisi, Elliott aveva inviato un messaggio a Lord Palmerston, segretario agli Affari Esteri nel governo di Londra. Avendo posto le navi dei mercanti sotto la tutela della Royal Navy, e preso a nome della Corona l'impegno di pagare un indennizzo, sapeva di aver trasformato la questione dell'oppio da sporco affare di contrabbando in affare di stato. Ricevuto il messaggio di Elliott, il Parlamento inglese si infiamma. Se la Cina vuol prendersela con l'oppio, non si vede perché gli inglesi debbano farne le spese; in fondo, essi esercitano solo il loro diritto al libero commercio: se i cinesi fossero virtuosi, semplicemente non ci sarebbe spazio per il contrabbando; e poi, col contrabbando anche i cinesi hanno fatto i loro affari; e infine, si sa benissimo che l'oppio non è più dannoso dei liquori.... Dietro tutti i ragionamenti, sta il fatto che non si vuol rinunciare a un commercio così profittevole. Nell'autunno del 1839, si decide per la guerra: "*È giunto il momento in cui la Cina deve o piegarsi o spezzarsi*". Il solo a dichiarare l'immoralità del commercio di oppio è, dall'opposizione, il futuro *premier* Gladstone. L'americano William Hunter, della *Russell & Co.*, diventato nella sua lunga residenza a Canton un grande estimatore dei cinesi, scriverà che la guerra portata dagli inglesi fu "*la più ingiusta che mai fosse stata dichiarata*".[10] In realtà gli

americani rimasti a Canton, nella trattativa finale condotta da Elliott a nome degli inglesi, non hanno consegnato a Lin il loro oppio, e ora si trovano a poterlo vendere con i prezzi alle stelle. Chi è rimasto, gode di un momento d'oro. La distruzione di oltre 1.200 tonnellate d'oppio sul mercato che ne è più avido apre radiose prospettive per i carichi in arrivo. Quando Lin si accorge di come stanno di nuovo andando le cose, monta su tutte le furie, ma si intestardisce ancor più a non parlare con Elliott. Blocca di nuovo tutti i commerci con gli stranieri. Ma questo secondo blocco priva ancora l'Imperatore delle sue commissioni - e segna per Lin l'inizio della fine. Nell'estate del 1840, arriva finalmente la flotta inglese con 10.000 uomini, ed è la guerra: quasi senza perdite, l'Inghilterra fa capitolare un impero di 370 milioni di abitanti. Sia Elliott che Lin cadono in disgrazia per questa avventura, ed entrambi vengono rimossi dalle loro cariche. Lin, cacciato con ignominia, finisce in esilio. La prima guerra dell'oppio si chiude con il Trattato di Nanchino dell'agosto 1842, che prevede indennizzi da parte della Cina ai commercianti stranieri danneggiati, l'apertura al commercio di cinque porti cinesi - Canton, Amoy, Foochow, Ningpo, Shanghai - e soprattutto la cessione di Hong Kong all'Inghilterra. Dopo la guerra, il commercio di oppio raddoppierà in 10 anni.

Le conseguenze della prima e la seconda guerra dell'oppio

In Inghilterra, la guerra del 1839-42 porta in luce gli aspetti politici, sociali e morali del problema dell'oppio, finora ignorati a favore di quelli puramente economici. Gli inglesi avevano le loro ragioni per non capire il punto di vista cinese: l'oppio era conosciuto e usato in Europa da tempo immemorabile e non aveva mai suscitato nessun allarme. Si era deciso di venderlo in Cina come qualunque altro bene: perché esisteva una domanda e per guadagnarci. Se l'Imperatore cinese lo voleva proibire, contro la logica del libero commercio, doveva accettare le conseguenze pratiche di un atto così irrazionale, e quindi affrontare il contrabbando. Gli inglesi si giustificavano con la difesa della libertà di commercio, nell'interesse dei produttori e dei consumatori di qualsiasi bene che avesse valore economico - e il ragionamento in astratto non faceva una grinza. Ma restava il problema morale, sollevato soprattutto da molti dei missionari occidentali in Cina: può una nazione civile imporre ad un'altra, contro la volontà del suo governo, il commercio di un bene non necessario, e che forse porta alla disperazione e alla morte?
Il 3 dicembre 1842 il *Times* di Londra denuncia per la prima volta con forza l'immoralità della vendita di oppio a un paese sovrano che non ne vuol sapere: "*Pensiamo sia della massima importanza che il governo della Gran Bretagna si ripulisca le mani una volta per tutte non solo di ogni responsabilità diplomatica, ma anche politica e morale,*

di questo traffico; che cessiamo di esservi coinvolti, di alimentarlo, e di farne una fonte di reddito per l'India... Dobbiamo una qualche compensazione morale alla Cina per aver saccheggiato le sue città e ucciso i suoi cittadini in uno scontro che non sarebbe mai potuto scoppiare se noi non fossimo stati colpevoli di questo crimine nazionale". Con questo, si può segnare l'inizio del grande dibattito che attraverserà la seconda metà del XIX e i primi decenni del XX secolo. Ma, identificato il problema, per almeno altri sessant'anni non si riuscirà a decidere che cosa fare per risolverlo.

Importazione e produzione di oppio in Cina

L'oppio viene importato in Cina in casse da 1 *pikul* (= 60,5 kg). La crescita delle importazioni è così stimata da Lowes (1966): 200 casse nel 1729 (tutte importate dai portoghesi via Goa); 1.000 nel 1767; 4.000 all'anno in media nel 1811-1820; 9.708 nel 1821-1828; 18.712 nel 1828-35; 35.455 nel 1835-39; 37.000 nel 1840-9; 68.000 nel 1850-9. Dopo il 1858, anno della legalizzazione del commercio c'è un periodo di grande fluttuazione: in media si hanno importazioni di 77.000 casse nel 1865-74 e 82.000 nel 1875-85, ma ci sono ampie variazioni. Le importazioni toccano un massimo di 103.000 casse nel 1879, poi iniziano a diminuire: 88.000 nel 1888, 54.000 nel 1897, 57.000 nel 1905, 31.000 nel 1911. Questa diminuzione segna l'enorme aumento della produzione interna cinese. Pari a 500 tonnellate all'anno nel 1847, arriverà a 12.000 tonnellate nel 1896 e a 22.000 nel 1905.

Dopo la sconfitta, la Cina è percorsa da disordini e rivolte. L'imperatore non può esercitare un reale potere sul suo immenso territorio. La bilancia commerciale è disastrosa. La struttura sociale, che aveva retto saldamente per secoli, si sfalda e si scompone sotto l'urto della corruzione e della povertà.
Nel 1856, il cosiddetto incidente dell'*Arrow* - una questione in sé banale, su una nave battente bandiera inglese fermata dai cinesi perché aveva a bordo un noto pirata - porta alla seconda guerra dell'oppio e alla definitiva resa della Cina alla potenza dell'occidente. La guerra si chiude il 26 giugno 1858 con il Trattato di Tientsin. La Cina apre altri 11 porti al commercio internazionale e dà il via libera ai missionari cristiani. L'importazione di oppio è totalmente legalizzata "*per scopi medici*" - ma di fatto si chiuderà un occhio sul contrabbando. In pratica, l'oppio è legalizzato in Cina a tutto beneficio delle finanze inglesi: l'unico vantaggio per l'imperatore è il diritto di prelevare una tassa sull'oppio di importazione. Da questo momento, anche la produzione interna di oppio inizia a crescere rapidamente, soprattutto nelle province dello Yunnan, Sichuan, Guizhou, Guangxi Zhuang, Hunan, Shanxi. Nello stesso anno, la East India Company viene sciolta e ciò che rimane dell'Impero Moghul passa direttamente sotto il controllo dell'Inghilterra: l'India diventa una colonia di Sua Maestà e tale resterà per i successivi novant'anni.

Il dibattito anti-oppio alle origini del proibizionismo

Se la prima guerra dell'oppio aveva dato origine alla discussione fra coloro che, in Inghilterra, non erano direttamente coinvolti nel commercio, la seconda solleva nell'opinione pubblica la questione morale. Nel 1874 nasce a Londra l'*Anglo-Oriental Anti Opium Society*. Nel 1891 viene approvata in Parlamento una mozione che dichiara "*moralmente indifendibile*" il reddito tratto dall'oppio. Pur restando senza conseguenze pratiche, essa è importante perché segnala un radicale cambiamento di clima. Il *premier* Gladstone, che già cinquantatre anni prima aveva dichiarato che "*ciò che è moralmente sbagliato non può essere politicamente giusto*", sostiene la proposta di una *Royal Commission* anglo-indiana sull'oppio, per valutare "*se la manifattura e la vendita di oppio nell'India britannica debba essere proibita, salvo che per fini medici, e se tale proibizione possa essere estesa agli Stati nativi*".
Dopo il gigantesco rapporto - 7 volumi, 2500 pagine - della *Royal Commission on Opium*, pubblicato nel 1895, che essenzialmente difende lo *status quo*, ci saranno dibattiti parlamentari, libri, *pamphlets*, opuscoli, articoli, lettere ai giornali. Inizia un'opposizione aperta al commercio dell'oppio, contro i potenti interessi economici che muovono il traffico con la Cina senza rispettare le decisioni e le leggi di quel paese. Non c'è invece ancora nessuna opposizione al *consumo* dell'oppio: del resto, gli oppiacei sono i farmaci più usati, e anche l'uso non-medico non è ancora visto come problema. Nei paesi in cui l'oppio è controllato da monopoli statali - dalla Persia all'India, dal Siam alle Filippine - la situazione appare del tutto tranquilla. E anche in Cina l'oppio era stato proibito soprattutto per convenienza finanziaria, per evitare la distruzione del surplus commerciale cinese e il crollo delle riserve di argento: dopo la proibizione era però fiorito il contrabbando, e soprattutto per questo l'oppio era diventato una tragedia nazionale, a causa dei prezzi altissimi e del tutto artificiali del mercato nero. Di fatto, quando pochi decenni più tardi l'oppio verrà proibito anche negli altri paesi, una tragedia simile a quella cinese si estenderà a gran parte del mondo. Il proibizionismo scatenerà forze (economiche e non) troppo grandi per essere riportate sotto controllo, e diventerà un esempio paradigmatico di come l'intervento forzato su un mercato di massa possa avere effetti assolutamente indesiderabili.

Bibliografia essenziale per questo capitolo:

Austin G. A. 1978; Bachmann C.-Coppel A. 1989; Berridge V.-Edwards G. 1981; Butel P. 1995; Escohotado A. 1989 e 1997; Fay P.W. 1975; Guthrie D. 1977; Hayter A. 1970; High Times 1978; Holmstedt B.-Liljestrand G. 1963; Inglis B. 1976 e 1979; Latimer D.-Goldberg J. 1981; Lewin L. 1924; Mickel E.J. 1969; Scott J.M. 1969; Seefelder M. 1990; Terry C.E.-Pellens M. 1928.

Note

1. I riferimenti alle droghe - e soprattutto agli oppiacei - sono molto numerosi nella letteratura dell'ottocento e del primo novecento, da Dickens a Proust. Negli ultimi anni, sono state pubblicate varie antologie di testi, lettere e frammenti sulla droga (Ebin D. 1961, Haining P. 1975, de Liedekerke A. 1984, Strausbaugh J.-Blaise D. 1990, Miller J.-Koral R. 1995). La critica letteraria (Abrams M.H. 1934, Mickel E.J. 1969, Hayter A. 1970, Castoldi A. 1994) ha anche trovato tracce dell'uso di droghe - che un tempo non meritava particolare attenzione, ma non doveva neppure essere nascosto - nei diari, negli appunti o nella corrispondenza degli autori. Tuttavia, impostando queste ricerche soprattutto su una vera o supposta relazione fra uso di droghe e creazione artistica, è stato fatto passare per fenomeno di *élite* quello che in realtà fu sempre e ovunque banale e quotidiano fenomeno di massa.

2. Anche nelle campagne italiane, fino a pochi decenni fa, si usava un infuso di capsule di papavero (*papagna*) per far dormire i bambini, specie durante la dentizione.

3. Sarebbe interessante poter valutare meglio l'importanza di quest'uso - che definiamo forse troppo affrettatamente non-medico e che chiamiamo, un po' spregiativamente, "voluttuario" - quando non esistevano controlli sulla vendita e sul consumo di oppiacei. A mio personale parere - e avrò modo di tornare su questo punto nel capitolo dedicato alla "dipendenza" - gli oppiacei non sono di per sé particolarmente attraenti, se non per persone particolari, o in situazioni particolari. Se non fosse così, nell'Ottocento e nel primo Novecento - specie dopo la disponibilità della morfina e dell'eroina iniettabili - quando gli oppiacei erano l'analgesico e tranquillante più comune, una grande maggioranza di persone, e non solo un'infima minoranza, ne avrebbe fatto uso regolare. Non solo l'uso, ma la *dipendenza* fisica e psichica da oppiacei sarebbe diventata fenomeno maggioritario, e sarebbe stato molto difficile sostenere politicamente leggi proibizioniste.

4. I medici hanno spesso giustificato o addirittura raccomandato la sostituzione degli oppiacei all'alcool, come molto meno dannosi per la salute e meno capaci di creare problemi. In un articolo rimasto famoso, si sottolinea che "*rispetto all'alcool, la morfina è meno nemica di una vita sana*" ed è, fra i due mali, "*di gran lunga il minore*" (Black J.R. 1889. Advantages of substituting the morphia habit for the incurably alcoholic. *Cincinnati Lancet-Clinic*, XXII:537-41). Ancora nel 1962, lo psichiatra L. Kolb scrive che "*i bevitori hanno solo da guadagnare nelle loro relazioni sociali*" passando dall'alcool alla morfina (Kolb L. 1962, p. 58-9). J.A. O'Donnell riporta che su 266 "tossicodipendenti" da oppiacei provenienti dal Kentucky e ricoverati a Lexington, ben 77 (28,9%) avevano iniziato a usare oppiacei come terapia dell'alcolismo dato che "*il morfinomane che poteva rivolgersi a una fonte medica stabile non era un grande problema per la comunità. (...) L'alcolizzato era più visibile, e i suoi arresti più frequenti*". Insomma, "*ci sono ragioni (...) di credere che, in un clima sociale in cui le due [droghe] fossero ugualmente approvate o disapprovate, e fossero disponibili allo stesso modo, la dipendenza da narcotici sarebbe meno distruttiva dell'alcolismo.*" (O'Donnell J.A. 1969, p. 140). Anche J.H. Jaffe (in: Goodman Gilman A. et al. 1985, p. 533) conferma che "*se l'alternativa più probabile all'uso di oppioidi fosse l'uso compulsivo di alcool, molti sosterrebbero che la*

dipendenza da oppioidi è di gran lunga meno distruttiva per l'individuo e la società, e che si dovrebbe trovare il modo di permettere a questi soggetti di usare oppioidi".

5. Il numero dei morti "per droga" (oppio e derivati) in Inghilterra negli anni 1863-1910 è riportato da V.Berridge e G. Edwards (1981) in una tabella (p. 275), basata su dati del *Registrar General* - dati che per amor del vero non possono esser presi come verità assoluta, e in cui è evidente anche qualche piccolo errore. In ogni caso, i politici e i proibizionisti farebbero bene ad analizzarli. Il numero più basso di morti è del 1870, quando su una popolazione di circa 22 milioni di abitanti si hanno in totale 90 morti, di cui 27 per suicidio. Il numero più alto è del 1897, quando su circa 31 milioni di abitanti si hanno 206 morti, di cui 64 per suicidio. E questo in una situazione di "droga" assolutamente libera per tutti.

6. 1 gallone = 4,54 litri.

7. Ho ritenuto di accennare a tutto questo, che non c'entra nulla con l'oppio, perché - a parte i precedenti effimeri tentativi, in molti casi spaventosamente crudeli, di controllare o proibire l'uso di tabacco o di caffè - la lotta contro l'alcool per mezzo di una legge proibizionista costituisce l'immediato precedente dell'analoga lotta contro l'oppio e gli altri "narcotici". Si può anzi affermare, con Brian Inglis, che la violenta risposta sociale al consumo epidemico di distillati nell'Inghilterra del XVIII secolo, con la sua definizione dell'alcool come "causa" della povertà e della criminalità, costituisce il prototipo di tutti i futuri episodi di allarme collettivo per la "droga" nei paesi occidentali.

8. Infatti, l'altro grande prodotto agricolo indiano, il cotone, non viene più filato e tessuto in patria, e poi esportato direttamente. Ora il cotone grezzo va verso l'Inghilterra, dove nelle nuove tessiture meccaniche di Manchester vengono prodotti tessuti a basso costo, che di qui tornano verso l'India e la Cina. La piccola industria indiana del cotone viene praticamente distrutta, e l'India resta solo un produttore di materia prima. Il Mahatma Gandhi, molti anni più tardi, spingerà con l'esempio gli indiani a riappropriarsi della filatura e tessitura del cotone, come atto simbolico di rinascita nazionale e di rivolta contro gli inglesi.

9. Scott J.M. 1969, p. 39.

10. A proposito dell'oppio, a differenza dei missionari cristiani che erano diventati i paladini della crociata anti-oppio, Hunter scriverà che comunque, in Cina, l'uso era di solito moderato e non c'era alcuna evidenza di un abuso preoccupante: "*Io stesso, e penso di poter dire, l'intera comunità degli affari, raramente se non mai abbiamo visto qualcuno mentalmente e fisicamente danneggiato [dall'oppio]. (...) Fumare era un'abitudine, come da noi l'uso moderato del vino. In confronto all'uso dei liquori (...) e ai mali che ne conseguono, quello dell'oppio era insignificante. Questa è la mia esperienza, basata su quarant'anni di residenza a Canton, Macao e Hong Kong a partire dal 1825*" (citato da Scott J.M. 1969, p. 23).

5. L'OPPIO NELLA STORIA (iv)

L'oppio negli Stati Uniti fino al 1914; La morfina iniettabile; Le conferenze internazionali sull'oppio; La nascita del proibizionismo in Inghilterra e il British System; Le origini di una tragedia americana; Breve storia della legislazione italiana

L'oppio negli Stati Uniti fino al 1914

Nel XIX secolo, negli Stati Uniti, l'uso dell'oppio in medicina ovviamente non differisce da quello del Vecchio Continente: dolori di ogni genere, diarrea, tosse, TBC, diabete, ansia, depressione, insonnia, alcolismo, "problemi femminili" e moltissime altre indicazioni. Gli oppiacei - per la loro indubbia e provata efficacia - sono certamente tra i farmaci di uso più comune. Il Dr. George Wood, nel suo *Treatise on Therapeutics and Pharmacology in Materia Medica* (1868) così si pronuncia sull'oppio: "*Si percepisce una sensazione di pienezza nella testa, seguita da una sensazione generale di delizioso agio e benessere, con un'elevazione ed espansione dell'intera natura intellettuale e morale (...) Non si ha l'eccitazione incontrollabile dell'alcool, ma un'esaltazione delle nostre migliori qualità mentali, un più caldo senso di benevolenza, una disposizione a fare grandi cose*".[1] Wood riconosce che l'oppio può determinare l'insorgere di un'abitudine, e che a volte - nei casi di eccesso - qualcuno arriva ai più bassi stadi della degradazione, ma questo è solo una questione di debolezza di carattere. In ogni caso, siccome l'oppio - a differenza dell'alcool - non danneggia i tessuti vitali, c'è sempre la possibilità di recuperare se appena lo si vuole davvero. Wood raccomanda anche la morfina, per la sua facilità e sicurezza d'uso, soprattutto per il dolore, l'insonnia e l'irritazione nervosa - senza accennare nemmeno, questa volta, alla possibilità di contrarre un'abitudine alle iniezioni. Così un eminente medico: nessuna sorpresa quindi se gli oppiacei sono tanto popolari. Fino alla prima guerra mondiale non ci sarà alcuna restrizione all'acquisto di farmaci a base di oppio e derivati. Farmacie, spacci e drogherie li vendono a chiunque senza formalità. Si possono comprare per posta. In un'indagine su 10.000 ricette mediche spedite da 35 farmacie di Boston nel 1888, ben 1.481 risultano contenere oppiacei. Inoltre, ci sono una miriade di *patent medicines* (medicine brevettate) contenenti oppiacei. Spesso persone del tutto ignare diventano fisicamente dipendenti da una medicina venduta come cura del "catarro gastrico", della "neurastenia" o dell'insonnia.

Nella seconda metà dell'Ottocento, il problema dell'abitudine - l'*opium habit* o il *morphine habit* - inizia ad avere una certa risonanza, pur senza generare ancora alcun allarme. Nasce una richiesta di "cure" per questa "malattia", e in un'epoca in cui la medicina ha ancora ben poco di scientifico, e soprattutto, la protezione del consumatore non esiste, la risposta viene soprattutto dagli imbroglioni e dai

ciarlatani. La promozione delle *patent medicines*, nella totale assenza di controlli, trova in questo campo le sue massime possibilità commerciali. I giornali e le riviste ospitano spesso la pubblicità di questi rimedi, sempre descritti in termini mirabolanti, non sempre innocui. Approfittando del fatto che la legge permette di non dichiarare la formula sull'etichetta, molte "medicine brevettate" a base di oppio o morfina sono sfacciatamente vendute come "cure" per la dipendenza da queste stesse sostanze. In altre parole, se uno ha l'abitudine alla morfina e vuol smettere, si compra - probabilmente a molto più caro prezzo - una di queste cure miracolose e subito guarisce. O meglio, crede di guarire, perché in realtà continua a prendere morfina credendo di avere smesso. Certo, non appena sospende la "cura" anche per un giorno, sta di nuovo male - e questa è una prova incontrovertibile dell'efficacia del rimedio![2] Solo nel 1906 il *Pure Food and Drug Act* (*Legge su cibi e droghe pure*) renderà obbligatorio indicare sull'etichetta delle "medicine brevettate" tutte le sostanze contenute, e da questo momento oppio, morfina e cocaina scompaiono da questi prodotti, anche se continueranno a essere liberamente venduti nelle farmacie come tali.

Sebbene l'uso non medico di oppiacei sia già nell'Ottocento spesso guardato come "vizioso" - e in questo assimilato al ballo, all'uso di tabacco, all'andare a teatro, al gioco d'azzardo, alla promiscuità sessuale - non ci sono per esso sanzioni sociali o morali paragonabili a quelle riservate al molto più vistoso e rumoroso uso di alcool. Mentre in tutti gli Stati Uniti ci sono organizzazioni che tentano di sopprimere il "vizio dell'alcool", non ne esistono contro il vizio dell'oppio o della morfina. Le persone che usano oppiacei restano ben inserite nella società, non subiscono emarginazioni sul lavoro, non vengono separate a forza dai figli minori, e solo perseguono la loro abitudine - come si fa per tante altre - con un minimo di riservatezza. In questo modo non si hanno ancora quelli che più avanti si riveleranno fra i più disastrosi effetti del proibizionismo: l'emarginazione, l'esclusione, il rifiuto del "drogato" e la nascita di una subcultura della droga. Ma verso fine secolo, sull'eco delle notizie in arrivo dall'Oriente, e in una specie di reazione alla crescente immigrazione cinese, nasce negli Stati Uniti una viva opposizione all'usanza cinese di fumare oppio.

La diaspora cinese attraverso il Pacifico risale a circa il 1850. Migliaia di lavoratori cinesi cominciano ad attraversare l'oceano in cerca di fortuna. Dopo una prima ondata di persone relativamente benestanti, che si risolvono a emigrare verso il Nuovo Mondo con i loro piccoli capitali per iniziare attività di commercio e artigianato, la seconda ondata è composta di lavoratori poveri e non qualificati che affrontano il viaggio per disperazione, con soldi presi in prestito, disposti a fare lavori pesanti per bassi salari. Fra il 1860 e il 1880 i *coolies* cinesi arrivano numerosi soprattutto in California e nella Columbia Britannica. I più verranno impiegati nelle fattorie, nelle miniere e nella costruzione delle grandi linee ferroviarie dell'ovest. I cinesi arrivano portando con sé le loro pipe, il loro oppio

e l'abitudine di fumarlo. Nel 1870, i cinesi residenti negli USA sono circa 63.000 e nel 1890, 106.000. Le prime fumerie d'oppio (*opium dens*) operanti in California per una clientela essenzialmente cinese non creano alcuna curiosità o preoccupazione pubblica. Anzi, gli stessi contratti di lavoro, per attirare i cinesi, includono spesso mezza libbra (227 grammi) di oppio al mese.

Le parole dell'oppio fra i cinesi negli Stati Uniti

L'oppio grezzo in cinese è *ya p'ien*, o anche *t'ou* ("terra"). L'oppio preparato per il fumo è *kao* ("grasso"), ma ha molti altri nomi, alcuni con significato specifico: *pen yen*, *dai yen*, *li yuen* (una marca di prima qualità, poi sinonimo dell'oppio migliore), *low foo kee*, *lem kee*, *san lo* (marche di qualità decrescente). La pipa da oppio è *yen tsiang* o *yen chung*, il fornello *yen dow*, il raschietto per il fornello *yen shee gow*, il nettapipa *suey pow*. *Yen hok* è l'ago, *yen pok* la pillola di oppio "cotta" sulla lampada (*yow dung*), pronta per essere fumata. Il vetro della lampada è *dung jow* e l'olio per accenderla *yow*. *Yen shee* è il residuo che resta alla fine della pipa, e che va raschiato via per rimescolarlo, rinforzandolo, all'oppio da fumo, o per farne lo *yen shee suey*, una soluzione di oppio da bere nel caso sia impossibile fumare. L'oppio preparato è pesato in *fun* (1 *fun*=circa 0,37 g). *Ya p'ien yen huan* sono le fumerie, letteralmente *alberghi per fumare oppio*.

Fin dall'inizio, l'immigrazione cinese in America solleva occasionalmente incidenti e manifestazioni razziste. I cinesi sono grandi lavoratori e tendono a far gruppo, ben protetti da stretti legami familiari e da una lingua inaccessibile. In settori come la lavorazione del tabacco, la pelletteria, le calzature, le costruzioni edili, ma anche la pesca e l'agricoltura si dimostrano imbattibili sia come lavoratori salariati sia come artigiani, piccoli imprenditori, commercianti. Il movimento razzista contro gli immigrati ha la massima virulenza intorno al 1873, in coincidenza con una prima crisi delle costruzioni ferroviarie, e soprattutto nel 1876, quando oltre alla crisi delle ferrovie si manifesta una seria depressione nella nascente industria californiana. A questo punto l'uso dell'oppio viene stigmatizzato, ma - si noti - non tanto come abitudine dannosa quanto come abitudine *cinese*. L'uso dell'oppio viene accusato di essere fonte di corruzione per i "bianchi", e soprattutto per le giovani donne attirate nelle fumerie da subdoli personaggi. Se stiamo agli "esperti" dell'epoca, le stime sulla frequenza dell'uso fra i cinesi variano molto: c'è chi dice che un cinese su venti fuma (e uno su cento diventa un *addict*), e chi dice che novantanove su cento fumano. Nel dicembre 1875 il *San Francisco Evening Post* lancia l'avvertimento che, senza contare i cinesi, ci sono ormai 120.000 americani "vittime della droga". Il Nevada è probabilmente il primo stato a proibire la vendita di oppio da fumo, nel 1877. L'anno dopo, a San Francisco viene approvata un'ordinanza che definisce *misdemeanor* (infrazione) e punisce con una multa di 10 dollari gli atti di "*tenere, o*

gestire, o visitare, o in alcun modo contribuire al sostegno di qualunque luogo, casa, o stanza, in cui si fumi oppio". In pochi anni, la California e altri stati dell'Ovest approvano leggi contro il fumo dell'oppio. Il problema comincia a essere sentito a livello federale: nel 1883 il Congresso aumenta le tasse sull'oppio da fumo da 6 a 10 dollari alla libbra. Una nuova crociata si è messa in marcia, e paradossalmente in un paese in cui - come abbiamo visto - il consumo di oppiacei è diffuso in tutti i gruppi sociali e non ha mai generato il minimo allarme. In realtà, i giornali e la polizia sollevano solo il problema del *fumo* dell'oppio fra i cinesi, le prostitute, gli sfaccendati, i giocatori d'azzardo, mentre l'uso di oppio e morfina con altre e meno esotiche modalità, da parte di rispettabili cittadini e stimati professionisti, non è socialmente visibile e non è ancora percepito come problema. A chi può infatti importare se una distinta signora allevia i dolori reumatici, un reduce della guerra di secessione quelli delle vecchie ferite, un medico o un giornalista la tensione del lavoro con gocce di laudano o, sempre più spesso, iniezioni di morfina? Invece solleva grande scandalo l'incursione di un giornalista in una "sordida fumeria" frequentata da cinesi, dove - orrore! - trova giovani donne bianche sdraiate in pose sconvenienti. E suscita pubblica indignazione il caso del *coolie* cinese diventato oppiomane, e incapace di mantenere la famiglia a causa del tempo e del denaro sprecati per fumare.

A fine secolo, quasi a dar man forte al crescente movimento nazionale anti-cinese, la battaglia anti-oppio dei missionari cristiani in Oriente, la risonanza mondiale della questione dell'oppio fra Inghilterra e Cina e soprattutto il problema di cosa fare del monopolio statale dell'oppio nelle Filippine - ereditato dagli Stati Uniti, insieme al governo delle isole, dopo la vittoria nella guerra ispano-americana nel 1898 - hanno importanti riflessi interni. Il presidente Theodore Roosevelt, su pressione del reverendo Charles H. Brent, vescovo di Manila e grande attivista anti-oppio, diventa il più convinto organizzatore della Conferenza sull'oppio di Shanghai del 1909. Ma è il dott. Hamilton Wright - un altro attivista anti-oppio, membro della delegazione americana alla Conferenza di Shanghai, sposato con la figlia di un ex-senatore e molto ben introdotto a Washington - il vero motore del radicale cambiamento nelle leggi federali americane sui narcotici. La sua opera è molto abile ed efficace. Nel 1909 il Congresso approva l'*Opium Exclusion Act*, una legge federale che vieta l'importazione di oppio da fumo negli Stati Uniti, e cinque anni dopo, l'*Harrison Narcotic Act*, che pur nascendo sotto le umili spoglie di una legge fiscale, di fatto verrà subito interpretata in modo estremamente restrittivo per impedire qualunque uso di "narcotici" se non su prescrizione medica e per fini strettamente medici. Il risultato più impressionante (e tragico) di tanto attivismo è però soprattutto la creazione di un clima sociale che - negli anni in cui si scatena anche la crociata proibizionista contro l'alcool - sfocerà in una demenziale quanto crudele persecuzione dei "drogati" che vengono

improvvisamente trasformati, anche quando si tratta di casalinghe di mezza età o di colonnelli in pensione, in viziosi mentitori se non pericolosi delinquenti.[3]

Opium dens, hop joints...

Nel periodo fra le due guerre, non solo per i cinesi, ma anche per molti bianchi e neri americani, la fumeria d'oppio (*opium den* per gli *squares*, ovvero gli "inquadrati"; *hop joint* o *lay down joint* per gli iniziati) diventa un'istituzione segreta nelle grandi e piccole città americane. La fumeria può essere il retro di un teatrino delle ombre, di un ristorante, di una lavanderia. Può essere un salone ben arredato o una lurida cantina. Il fumatore d'oppio (*hop head*) è un essere sociale, che cerca la compagnia degli altri come lui, è disposto al contatto fisico del *laying on the hip* - sdraiarsi in quattro, la testa dell'uno sui fianchi dell'altro, intorno a un vassoio (*layout*) con il necessario per fumare oppio (*blowing a pill*): la pipa (*hop stick, dream stick*), i fornelli (*bowls*) da cambiare spesso per evitare che si scaldino troppo, la lampada, gli aghi, i raschietti, le scatoline (*hop toys*) da 10 o 25 *fun* di oppio (*black stuff* o *mud*)... L'*hop head* (il grande Duke Ellington gli dedicherà un pezzo nel 1927) cerca il piacere della conversazione a bassa voce, con in sottofondo il ciangottío del cinese e il rumore di ciottoli del *mah-jong*. Cerca le fiammelle e le ombre misteriose delle piccole lampade a olio, la serenità, la quiete, il rilassamento - così diversi dal chiasso, dalle liti e dalle risse continue dei *saloon*. La fumeria ha i suoi ospiti fissi - attori, musicisti, giocatori d'azzardo, ladruncoli, benestanti oziosi che spendono il loro tempo e denaro nella dolce vita, prostitute che passano dopo il lavoro. E ha i suoi ospiti occasionali - professionisti del *poker*, truffatori d'alto livello, faccendieri sempre in viaggio da una città all'altra, introdotti nel segreto tempio dal loro *ticket*, misterioso biglietto scritto in cinese da chi li conosce bene e può garantire. I racconti dell'epoca parlano di un rigido e universale codice d'onore delle fumerie, in gran parte legato agli effetti stessi dell'oppio. Nessuno alza la voce. Nessuno contesta i racconti o le vanterie di un altro. Nessuno fa *avances* sessuali, nemmeno alle prostitute. Nessuno viene mai derubato, neppure se è evidentemente pieno d'oro o di soldi ed è sprofondato nel sonno: qui anche i ladri professionisti rispettano rigorosamente i loro compagni...
[*Il gergo dei fumatori d'oppio è stato studiato da D.W.Maurer e D.H.Vogel. L'ambiente delle fumerie cinesi è meravigliosamente rappresentato - anche se in uno spazio più di sogno che reale - nel film* C'era una volta in America *di Sergio Leone. Il fumo fra i lavoratori cinesi della costa ovest, e nel mondo della prostituzione, è sfiorato in* I compari *di Robert Altman.*]

La morfina iniettabile

Dopo la sua scoperta, in un primo tempo la morfina viene somministrata - come l'oppio - in soluzione da prendere per bocca, ma intorno al 1850 Charles-Gabriel Pravaz e Alexander Wood iniziano a somministrare regolarmente morfina per mezzo di una siringa ipodermica. La siringa entrerà rapidamente nell'uso comune,

segnando la più grande rivoluzione nella storia della somministrazione dei farmaci. E nel mondo spazzato dalle guerre, la morfina è il primo farmaco ad essere dato regolarmente per iniezione. Nella guerra di Crimea (1854-5), nella guerra di secessione americana (1861-5), nella guerra austro-tedesca (1866), nella guerra franco-tedesca (1870-1), essa si afferma come farmaco essenziale e insostituibile per affrontare il dolore delle ferite e degli interventi chirurgici, e probabilmente si guadagna sul campo l'appellativo di *God's own medicine* - medicina di Dio. In un primo tempo, anzi, ad alcuni l'iniezione sembra un modo efficace per evitare l'assuefazione già osservata negli "*opium eaters*" e "*morphine eaters*". Ma questo verrà rapidamente smentito. In America un gran numero di reduci della guerra di secessione - forse 45.000 - diventano "morfinomani", tanto che l'abitudine alla morfina verrà conosciuta come "*soldier's disease*", malattia del soldato. Proprio dopo questa evidenza si cominciano a lanciare i primi avvertimenti e le prime raccomandazioni di prudenza nell'uso della morfina, fino ad allora assolutamente indiscriminato.

H.H. Kane, uno dei primi medici americani a condannare l'uso voluttuario dell'oppio, nel suo *The hypodermic injection of morphia* (1880), dopo aver denunciato i pericoli dell'uso cronico, e aver dettato regole essenziali per la prevenzione degli abusi, lista tuttavia ben 54 malattie in cui l'uso ipodermico della morfina deve essere considerato utile: anemia cerebrale, asma, bronchite, colera, cancro, cistite, febbri persistenti, convulsioni isteriche, cardiopatie, delirium tremens, dispnea, lussazioni, diabete, dispepsia nervosa, diarrea, enfisema, epilessia, catarro gastrico, ulcera gastrica, coliche epatiche, insonnia, prurito, lombaggine, malaria, mania e pazzia, meningite, spasmi muscolari, nevralgie, ninfomania, pleurite, polmonite, pericardite, peritonite, coliche renali, reumatismi, shock, tetano, uremia, vaginismo, vomito in gravidanza, ecc.[4]

I decenni a cavallo dei due secoli sono il periodo della massima diffusione della morfina. Spesso ma non sempre, all'origine della dipendenza sta una prescrizione medica. La morfina si trasforma impercettibilmente da farmaco in droga, e i "morfinomani" non si moltiplicano solo fra i poeti, gli scrittori, gli attori e le signore di facili costumi (come si diceva una volta), ma anche fra i medici, gli alti ufficiali, e le dame dell'alta società.[5] Non per niente a Parigi si vendono preziose siringhe in oro smaltato firmate dal grande Fabergé. Solo qualche grosso nome dell'epoca, tanto per dare un'idea di chi prende la morfina: il "cancelliere di ferro" Ottone di Bismarck, di cui si dice che si faccia sempre un'iniezione prima di fare un discorso al *Reichstag*, Richard Wagner, la cui musica evoca per Baudelaire "*i vertiginosi concepimenti dell'oppio*", l'imperatore Massimiliano del Messico, il re di Danimarca, l'arciduca Rodolfo d'Asburgo, scrittori come Heinrich Heine, Anton Cechov e Hans Christian Andersen, o come Guy de Maupassant, che prende di tutto, dalla cocaina all'etere, e Jules Verne, che inneggia alla morfina salvatrice dai dolori di una vecchia ferita ("*Fai entrare cento volte in me il fine ago...*"), medici come

Ilja Metchnikoff, lo scopritore della fagocitosi, o William Halsted dell'Università Johns Hopkins, uno dei padri della chirurgia moderna, il filosofo Herbert Spencer, il prefetto di Parigi Lépine, l'esploratore Charcot, il generale Boulanger, che viene scoperto a farsi un'iniezione proprio nei giardini dell'Eliseo...

Nasce l'industria farmaceutica

Fin dal 1827 Heinrich Emanuel Merck, proprietario dell'antica *Engel-Apotheke* (Farmacia dell'Angelo) di Darmstadt, inizia una produzione artigianale di morfina (*Morphium*) per la vendita diretta a medici e farmacisti. L'intraprendente farmacista tedesco è uno dei primi a lanciarsi sul nascente mercato degli alcaloidi, e dalla sua iniziativa nascerà il colosso farmaceutico Merck - presso il quale a fine secolo, pur lamentandosi del prezzo esoso, Freud si rifornirà di cocaina. La Merck nasce come industria farmaceutica pura, e così faranno la francese Dausse, l'inglese Beecham, l'americana Smith-Kline e l'italiana Carlo Erba, che hanno tutte origine da modeste farmacie di quartiere. Anche molte industrie chimiche svizzere e tedesche, nate per la produzione di coloranti per l'industria tessile, rapidamente espandono la loro attività verso la preparazione di farmaci: la Hoechst, la Basf, la Geigy, la Sandoz, la Ciba, la Hofmann-La Roche. La Bayer merita una menzione speciale, perché, dal 1898, sarà la prima a produrre industrialmente la diacetilmorfina o eroina.

La morfina iniettata introduce un nuovo problema, molto più serio di quello della dipendenza. Le iniezioni sono effettuate senza il minimo rispetto delle regole di igiene. Le soluzioni sono preparate alla bell'e meglio, dato che in genere in farmacia si compra l'alcaloide in polvere. Siringhe e aghi vengono portati in giro per l'uso in sacchetti di stoffa, astucci di velluto, o altri contenitori non sterili e non sterilizzabili. La stessa igiene personale è - per ragioni pratiche - deplorevole. Il risultato non può che essere tragico, se anche un medico come Ernest Chambard - autore di *Les morphinomanes* - morirà di tetano dopo essersi praticato un'iniezione di morfina. Naturalmente, nell'ignoranza del tempo tutte queste complicazioni infettive - ascessi, endocarditi, setticemie, tetano, ecc. - della mancanza di igiene vengono attribuite direttamente all'azione della morfina...

Le conferenze internazionali sull'oppio

Nel 1909, la prima Conferenza internazionale sull'oppio, a Shanghai, stabilisce che il commercio dell'oppio deve essere limitato ai soli scopi medico-scientifici e che l'uso di oppio e relativi alcaloidi al di fuori della medicina è un male che deve essere contrastato a ogni livello. Nel 1912, segue la Conferenza dell'Aja, la cui conclusione è che la produzione e il commercio di oppio e coca devono esser portati sotto il controllo dei governi. Ma nell'agosto 1914 scoppia la prima guerra

mondiale e con la guerra le richieste di oppio crescono significativamente. Alla fine della guerra, il controllo degli "stupefacenti" viene passato alla nuova Lega delle Nazioni, la quale insedia immediatamente un *Comitato Consultivo sul Traffico di Oppio e altre Droghe Pericolose* per fotografare la situazione. Ormai praticamente tutto il mondo è d'accordo nel voler controllare il traffico e l'uso di narcotici, e sulla base delle informazioni raccolte, il Comitato propone di convocare due conferenze a Ginevra nel 1924-25: la prima per un esame della situazione nell'Estremo Oriente, e la seconda per prendere decisioni.
La prima conferenza si conclude con due risoluzioni: la vendita di oppio sarà possibile solo attraverso monopoli statali (in vista di una totale soppressione), e l'uso lecito di oppio, coca e canapa indiana è solo quello per scopi medico-scientifici. Ma diversi stati, fra cui la Cina, si ritirano senza firmarle. Altri avanzano specifiche riserve, gli Stati Uniti non chiariscono le loro intenzioni...
Alla Seconda Conferenza partecipano trentasei nazioni, ma la Russia - ormai URSS - neppure si degna di partecipare e, fra estenuanti discussioni e insanabili contrapposizioni, prima gli USA poi la Cina si ritirano dalla Conferenza.

A proposito di illusioni...

Alla seconda Conferenza di Ginevra nel 1924, il capo della delegazione americana Stephen Porter dichiarò che tutto l'oppio necessario per scopi leciti poteva essere prodotto in piccole aree di India, Persia, Turchia, Grecia, Jugoslavia e Cina per una superficie totale di 2000-2400 ettari (a parte la Cina, per cui le stime non erano ancora disponibili), il che avrebbe reso *"il controllo della produzione (...) praticabile e relativamente facile da realizzare"* (Scott J.M. 1969, p. 143).

La Conferenza, pur amputata di gran parte della popolazione mondiale, alla fine emette le regole internazionali che saranno ereditate, più di venticinque anni dopo, dalle Nazioni Unite. Ma arrivano i drammatici anni '30. L'America sprofonda nella depressione. L'Europa ribolle di nazionalismi e di fanatismi. Nel 1935 la Germania di Hitler lascia la Lega delle Nazioni, seguita dal Giappone e dall'Italia. Le ultime statistiche, del 1936, mostrano una marcata crescita nella produzione di tutti gli alcaloidi, mentre i sistemi di controllo hanno perso ogni efficacia. Nel 1937 il Giappone scende in guerra con la Cina, e usa le droghe come arma: con stratagemmi subdoli, inonda la Cina di morfina e eroina. La seconda guerra mondiale, che già sinistramente si annuncia, avrà un enorme bisogno di oppiacei...
Alla fine della guerra, si riprende la strada interrotta: in ossequio ai trattati, i vari sistemi legali di controllo sulla distribuzione e il consumo dell'oppio verranno smantellati. La proibizione scatta a Hong Kong nel 1945, nell'Indocina francese nel 1954, in Iran nel 1955, in India e in Thailandia nel 1959. L'oppio diventa in

tutto il mondo - salvo le aree tribali di Thailandia, Laos e Birmania e pochi altri paesi che ancora non aderiscono ai trattati - una "droga illecita". Le fumerie diventano clandestine, i consumatori non più cittadini come gli altri ma di punto in bianco malati di mente o delinquenti. Come si vedrà negli anni a venire, meno oppio vorrà solo dire più eroina.

La nascita del proibizionismo in Inghilterra e il British System

La nascita del proibizionismo in Inghilterra è graduale, e in realtà, considerando il modo di operare di ciò che verrà chiamato il *British System*, è forse più corretto limitarsi a parlare di "regolamentazione". Nella seconda metà dell'Ottocento, il vivace dibattito sulla moralità del commercio di oppio con la Cina solleva anche il problema interno. I motivi per cui ci si avvia verso un maggior controllo di certe sostanze sono due. Il primo è la pressione di medici e farmacisti, che vogliono qualificare le loro professioni e assumere un ruolo di maggior responsabilità e potere, oltre che guadagnare con un piccolo monopolio commerciale. Il secondo è l'aumento dei casi di avvelenamento, che coinvolge più volte accidentalmente dei bambini lasciati soli in casa.
In Gran Bretagna fin dal 1851 viene approvata una *Legge sull'Arsenico*, e nel 1868 una legge più generale sui veleni, il *Pharmacy Act*. La legge riserva la vendita dei veleni ai soli farmacisti, in contenitori correttamente etichettati e previa identificazione dell'acquirente, che deve firmare uno speciale "registro dei veleni" (*poison register*). L'oppio è comunque soggetto a una regolamentazione più blanda, che non richiede gli ultimi due adempimenti. Solo le "medicine brevettate" (*patent medicines*) sono escluse da queste restrizioni, e restano in libera vendita anche se contengono cocaina o oppiacei. Questo regime resterà in vigore fino a dopo la prima guerra mondiale: lo scrittore Aleister Crowley[6] ricorda come si potessero tranquillamente acquistare 10 grammi di cocaina per 16 scellini e 10 grammi di eroina per 20, semplicemente firmando il registro dei veleni presso il farmacista. Ma la Conferenza dell'Aja ha richiesto un maggior controllo sulla vendita di oppiacei, e la limitazione del loro impiego a scopi strettamente medici: nel 1920 anche la Gran Bretagna approva una legge "proibizionista", il *Dangerous Drugs Act*. La prescrizione di oppio, morfina, eroina e cocaina è riservata ai medici, la vendita alle farmacie, e ogni transazione va debitamente registrata. Nel 1923, un aggiornamento aumenta le pene e conferisce maggiori poteri alla polizia. Queste leggi nascono dalla stessa logica che aveva ispirato l'interpretazione restrittiva dell'*Harrison Act* americano, e che proprio su impulso americano aveva già guidato i lavori della Conferenza dell'Aja. Una logica che tendeva a definire criminale il consumo non-medico di oppiacei o cocaina. Tuttavia, l'Inghilterra troverà una sua strada nella gestione degli assuntori cronici di queste sostanze, ed

eviterà per lungo tempo il meccanismo infernale in cui cadranno quasi tutti gli altri paesi, meritandosi così critiche o elogi, a seconda dei punti di vista.
In effetti, nel 1922 il Dr. Harry Campbell torna a Londra scandalizzatissimo da un viaggio negli Stati Uniti fatto per valutare i primi sette anni di proibizionismo: "*In conseguenza di quella rigida legge un vasto commercio clandestino di narcotici è cresciuto in quel paese. (...) Sembra non solo che l'Harrison Act abbia fallito nel diminuire il numero dei consumatori di droghe - alcuni in realtà sostengono che l'ha aumentato - ma che, lungi dal migliorare la situazione dei tossicodipendenti, l'abbia in realtà peggiorata; perché senza ridurre la disponibilità delle droghe ne ha fatto salire il prezzo di dieci volte, e questo ha avuto l'effetto di impoverire ulteriormente la classe più povera dei tossicodipendenti e di ridurli a una condizione di tale abietta miseria da renderli incapaci di guadagnarsi onestamente la vita*".[7]
Il governo inglese nomina nel 1926 un Comitato per studiare il problema della dipendenza dalle "droghe" ormai proibite. Presieduto dal famoso medico Sir H.D. Rolleston, esso pubblica un rapporto in cui si dichiara che l'uso non-medico di droghe è solo un problema medico, non criminale, e che non sono richieste leggi più restrittive. Questo rapporto è la base del cosiddetto *British System* ("*Sistema inglese*"). I medici inglesi resteranno liberi di prescrivere ai loro pazienti morfina, eroina, ecc. secondo il loro autonomo giudizio professionale, anche per il mantenimento senza limiti di tempo. Il *British System*, fino al 1968, sarà un sistema quasi informale, decentrato al livello dei medici, e non soggetto a controlli o valutazioni scientifiche centralizzate. Ciascun medico ha il diritto di decidere in proprio, e non deve giustificare le sue scelte con nessuno.
Alla fine degli anni '60, il *British System* mostra tuttavia un punto di debolezza: il numero dei tossicodipendenti censiti dall'*Home Office Drugs Branch* è in rapido aumento. Mentre fra il 1936 e il 1963 esso era salito solo da 616 a 635 casi, nel 1965 passa a 927 (+46%), nel 1966 a 1349 (+45.5%), nel 1967 a 1729 (+28%) e infine nel 1968 a 2782 (+60,9%). In questa crescita, il numero dei consumatori di eroina passa dai 57 casi (18% del totale) del 1954 - il primo anno in cui si rileva il dato - ai 237 (37,3%) del 1963, 521 (56,2%) del 1965, 1290 (74,6%) del 1967, 2240 (80,5%) del 1968. In parte, l'aumento è dovuto all'immigrazione di tossicodipendenti canadesi e americani, attirati dalla possibilità di ricevere prescrizioni legali di eroina pura a poco prezzo, e soprattutto senza la minaccia continua della polizia. Ma ciò che inizia a preoccupare le autorità inglesi è che i "nuovi" tossicodipendenti sono soprattutto giovani sotto i vent'anni. Il riscontro di alcuni casi anomali di medici che sono praticamente diventati solo "*junkie doctors*" e che prescrivono - pur senza violare la legge - quantità eccezionalmente elevate di eroina (e cocaina) a singoli pazienti porta a un giro di vite.
Nel 1968, ai medici del *National Health Service* viene vietato di prescrivere eroina e cocaina per il mantenimento dei loro pazienti dipendenti. Possono ancora usare queste sostanze nella normale pratica medica, e prescrivere per il mantenimento dei tossicodipendenti morfina, metadone, o altre sostanze, ma se il paziente vuole

continuare a usare eroina e/o cocaina deve essere inviato presso speciali centri, in genere presso ospedali o cliniche universitarie, che hanno ancora l'autorizzazione a prescriverle. A seguito di ciò, le prescrizioni di eroina si riducono molto, soprattutto a favore del metadone. Nel 1971 le cliniche prescrivono 14,2 kg di eroina e 15,3 kg di metadone. Nel 1978, 8,5 kg di eroina e 31,5 kg di metadone. I nuovi pazienti non ricevono mai eroina, ma solo metadone. L'eroina è riservata ai vecchi pazienti stabilizzati, e anche questi nel tempo vengono spostati sul metadone. Pian piano, sempre meno metadone viene prescritto in forma iniettabile, e sempre più per via orale.[8] Il passaggio dalla prescrizione allegra alla sottoprescrizione porta - come prevedibile - all'apertura di ampi spazi di mercato per il traffico illegale. La prima eroina illecita viene sequestrata in Gran Bretagna nel 1971 (1,1 kg), ma in pochi anni i sequestri - buone spie dei consumi - salgono vertiginosamente: nel 1979 superano i 37 chilogrammi.

Le origini di una tragedia americana

La legge Harrison del 1914 nasce con il fine di portare i "narcotici" sotto il controllo del governo federale, in accordo con la conferenza sull'oppio dell'Aja. Per aggirare la necessità di un emendamento alla Costituzione, la legge viene formulata come legge fiscale federale, che formalmente istituisce un'imposta sulle vendite di oppio, coca e derivati e quindi li pone sotto il controllo del Ministero del Tesoro. Per produrre o distribuire queste sostanze bisogna registrarsi presso il governo federale e tenere una registrazione di tutte le transazioni. Ogni transazione è soggetta a una tassa. Le persone non registrate possono acquistare lecitamente queste sostanze solo su prescrizione medica. I medici per poterle prescrivere devono ottenere la registrazione e tenere un registro di carico-scarico delle sostanze detenute. La legge non limita esplicitamente la libertà dei medici, ma la prescrizione e la distribuzione diretta ai pazienti devono essere solo "*per legittimo uso medico*" e "*nell'ambito della pratica professionale*". Purtroppo, di punto in bianco, migliaia di persone dipendenti da oppiacei, non potendo più comprare liberamente la loro "medicina", si trovano a dover decidere da un giorno all'altro se rivolgersi al medico o al nascente mercato nero. La maggioranza, composta di persone perfettamente rispettabili e ben inserite nella società, sceglie ovviamente la prima soluzione, e molti medici privati, almeno inizialmente, accettano di trattare questi pazienti. Dopo qualche incertezza iniziale, nel 1919, due pesanti sentenze della Corte Suprema (*U.S. v. Doremus*; *Webb v. U.S.*) stabiliscono che "*la legge non può essere dichiarata incostituzionale solo perché i suoi effetti possono perseguire altri fini oltre all'aumento delle entrate*" e che il mantenimento di un tossicodipendente è

Il potere di Harry Anslinger

Nato nel 1892, Harry J. Anslinger lascia un grosso segno nella storia poliziesca del XX secolo, contribuendo alacremente a rovinare la vita di milioni di esseri umani in tutto il mondo. In un primo tempo si occupa di alcolici, ma nel 1930 assume l'incarico di Commissario del neonato *Federal Bureau of Narcotics*. Il fallimento del Proibizionismo è già più che evidente, e nel 1933 il presidente Franklin D. Roosevelt mette una pietra tombale sul "nobile esperimento" contro l'alcool. Ma per buona fortuna di Anslinger, restano proibite le altre droghe. Da quel momento, egli non si limita al tradizionale gioco "una tangente a me, un affare a te". Fa sul serio. Mette in luce grandi qualità di spietato ed efficientissimo burocrate: attacca gli avversari più deboli, aggira le obiezioni dei più autorevoli, letteralmente perseguita qualche medico che continua a prescrivere "narcotici" a persone dipendenti. Anslinger lucidamente crea il mostro-droga, dandolo in pasto a un'opinione pubblica ancora scossa dalla Grande Crisi, contemporaneamente promuovendo se stesso e il *Bureau* come uniche forze capaci di contrastare il Male. Per 32 anni, dal 1930 al 1962, Harry J. Anslinger determina la politica americana - e per molti aspetti mondiale - sugli stupefacenti. Sebbene sia ben conscio della reale natura del problema, non esita davanti alla sofferenza di migliaia o forse milioni di persone se su questa deve costruire la sua carriera: cinicamente perseguita medici e tossicodipendenti, falsifica dati scientifici, propaga notizie false e tendenziose. Naturalmente, sa quando deve chiudere un occhio, o anche due: egli stesso riferisce di aver organizzato la regolare fornitura di morfina, in violazione della legge, a un importante membro del Senato americano (secondo successive indiscrezioni, nientemeno che Joseph McCarthy, il nemico del comunismo) che "*non intendeva far nulla per liberarsi della sua dipendenza*", non accettava cure mediche, e non avrebbe permesso a nessuno di "*interferire con lui o con qualsiasi abitudine egli desiderasse perseguire*"! Anslinger sapeva benissimo che la morfina non trasforma necessariamente una persona in un delinquente o in un incapace, e il ruolo politico di questo "drogato eccellente" era evidentemente tale da giustificare un'eccezione alla regola. Anslinger verrà finalmente mandato in pensione dal presidente Kennedy. Ma nella sua opera sono le vere basi della "guerra alla droga" che continua ancora oggi: non si può infatti escludere che senza le sue capacità tecniche, abilità politica, ambizione e sete di potere, la proibizione dei narcotici avrebbe fatto l'ingloriosa fine di quella dell'alcool.

illegale se non come parte di un tentativo di cura, mentre una prescrizione di morfina che serve solo a evitare l'astinenza non è una prescrizione legittima "*nel senso inteso dalla legge*". Il 9 aprile 1919 sei medici di New York vengono arrestati insieme a circa 200 pazienti. Nei primi vent'anni di proibizionismo, più di 25.000 medici verranno arrestati e perseguiti per "fornitura illegittima" di oppiacei ai loro pazienti.[9] Il Dipartimento del Tesoro tuttavia, in collaborazione con il *Public Health Service*, favorisce la nascita di un sistema di cliniche per affrontare il problema. Queste "*Narcotic clinics*" - una quarantina in tutto - si specializzano nella disassuefazione o, almeno inizialmente, nel mantenimento dei tossicodipendenti. Alcune sono gratuite, tutte molto a buon mercato rispetto alle tariffe correnti dei

medici privati. In pratica queste cliniche funzionano come oggi i servizi di distribuzione del metadone: dosi controllate e stabilizzate di oppiacei o, a richiesta, una disassuefazione graduale. Ma ormai predomina un'atmosfera di isterismo anti-droga. Non più solo i fumatori d'oppio, ma tutti i consumatori di farmaci a base di oppiacei sono dei pericolosi *dope-fiends*[10], che vanno trattati con le maniere forti. Le cliniche vengono accusate di assecondare un vizio se non un crimine, essendo state spesso "*istituite per fini mercenari, o per il puro scopo di fornire ai clienti qualunque narcotico richiedessero per la soddisfazione dei loro appetiti morbosi*". Con la condanna delle terapie di mantenimento, le cliniche vengono forzate una per una a chiudere.[11] Per i medici americani diventa sempre più difficile e professionalmente rischioso prescrivere regolarmente oppiacei ai loro pazienti "tossicodipendenti". Poliziotti e agenti anti-narcotici cominciano a controllare e a accusare i medici privati di fare prescrizioni che non possono considerarsi "*per legittimo uso medico*". Una serie di casi giudiziari - a volte basati su veri e propri tranelli tesi ai medici dagli agenti, che per esempio si fingono tossicodipendenti disperatamente alla ricerca di una ricetta - porta in pochi anni a un giro di vite: quasi nessun tossicodipendente - salvo i più ricchi e quelli veramente malati - può più ricorrere a un medico. I *roaring Twenties*, i ruggenti anni Venti, grazie alla doppia proibizione di alcool e droghe sono quelli in cui inizia la grande fortuna dei trafficanti e in cui nascono sotto i migliori auspici le prime vere organizzazioni criminali con ramificazioni sovranazionali. Il mercato nero fiorisce rigogliosamente, e in breve l'eroina soppianta del tutto la morfina e diventa il mostro da abbattere. Nel 1924 la produzione e l'importazione di eroina vengono proibite negli Stati Uniti. Con una forte pressione sull'ONU, gli USA riusciranno entro i primi anni '50 a farne vietare la produzione e l'uso medico in quasi tutto il mondo. Ma sappiamo com'è andata: gli Stati Uniti vengono a poco a poco inondati di eroina, e per molti anni saranno il paese con la più importante popolazione di eroinodipendenti.

Inizia così negli Stati Uniti il periodo della proibizione dura, quella che prevede pene severissime anche per il semplice possesso di piccole quantità di "droga" per uso personale, tanto che ancora oggi ci sono persone condannate a vent'anni o più di carcere per uno spinello. La cosa che ferisce dell'America è che, mentre il mondo scientifico vi continua a produrre ricerca sulle droghe - farmacologica, medica, psicologica, sociologica, e legale - di altissimo livello, e mentre vi sono singoli e organizzazioni che coraggiosamente continuano a lottare per una revisione più o meno radicale di queste leggi inumane e dannose, la gestione politica del problema è quanto di più crudele e repressivo si possa immaginare, soprattutto nei riguardi delle minoranze economicamente svantaggiate, con la sola eccezione dei programmi di mantenimento con metadone. Basti pensare che persino i programmi più banali di "riduzione del danno", compreso lo scambio di siringhe, non hanno avuto e non hanno vita facile negli Stati Uniti nonostante

la diffusione dell'AIDS. Molti operatori che hanno osato sfidare le regole sono finiti in carcere.[12]

In memoria del Dr. Thomas P. Ratigan, uno di quelli che non si piegano

Il dott. Ratigan, nel 1931, fonda una piccola clinica a Seattle nell'estremo nord-ovest degli Stati Uniti, e poco a poco si trova a curare un buon numero di pazienti dipendenti da oppiacei, a cui somministra morfina per evitare le crisi da astinenza. Nel maggio 1934, gli agenti antinarcotici arrestano Ratigan per vendita illegale di morfina. Grazie a un ottimo avvocato, alle testimonianze avverse chiaramente manipolate, e all'affermazione del principio che *"valutare se un paziente richiede o meno la somministrazione di morfina è un atto prettamente medico"*, il dott. Ratigan viene assolto. Ma i suoi guai sono appena iniziati. Pochi mesi dopo, Ratigan è ancora arrestato con l'accusa di aver assalito due agenti federali. La stampa lo difende, dimostrando che il dott. Ratigan, che peraltro era zoppo, non solo non aveva aggredito, ma anzi era stato aggredito dagli agenti mentre tentava di chiamare il suo avvocato. Ratigan viene liberato su cauzione, solo per essere di nuovo arrestato nell'ottobre 1935, con l'accusa di aver somministrato illegalmente narcotici a un informatore della polizia. Di nuovo liberato su cauzione, Ratigan dichiara: *"Io curo ogni giorno sette o otto tossicodipendenti. Non me ne vergogno. Fa parte della normale pratica medica. L'attuale applicazione della legge da parte degli agenti antinarcotici è sbagliata. Non solo tende a creare sempre più tossicodipendenti, ma anche genera criminalità"*. E in attesa del processo, continua come prima. Poco dopo, è di nuovo arrestato con l'accusa di essersi rifiutato di consegnare i suoi registri agli agenti. Al processo, il dott. Ratigan dichiara di averlo fatto perché in precedenza gli agenti, presi i nomi di alcuni suoi pazienti, li avevano fatti licenziare dal lavoro. Ma questa volta è condannato a ben sette anni di carcere e diecimila dollari di multa (per dare un'idea, Ratigan si faceva pagare un dollaro a iniezione). Ma non si arrende, e in attesa dell'appello, tenta di continuare il suo lavoro. A questo punto viene attaccato da più parti. Le autorità sanitarie lo mettono sotto inchiesta, e lo costringono ad aprire una vertenza legale. Nel 1937, tutte le accuse contro di lui sono confermate, e la Corte Suprema gli nega la revisione del processo. Entrando in prigione, Ratigan dichiara: *"La mia soluzione del problema, la somministrazione controllata ai tossicodipendenti, è la sola vera soluzione, e in futuro sarà adottata"*. Nel 1938 gli viene revocata la licenza di medico.

Ratigan non otterrà mai la libertà anticipata, e ci saranno persino ostacoli al suo rilascio al termine della pena. Ma non smetterà mai di lottare. Ancora nel 1953 fa varie cause alle autorità locali e statali e cerca di riavere la sua licenza. Perde tutte le cause, e la licenza gli viene negata con la scusa che i suoi diritti erano decaduti per decorrenza dei termini: avrebbe dovuto richiederla mentre era in carcere. Il dottor Thomas P. Ratigan morirà nel 1961, distrutto ma non piegato, dopo anni di stenti in lavori precari. Ma qualcuno non si era mai dimenticato di lui. Ancora a metà degli anni '50, il Commissario Anslinger dichiarò: *"Ratigan ha fatto molte volte causa all'Ordine dei Medici. Ma sono sicuro che non riavrà mai la sua licenza."* *[v. King R. 1972]*

Breve storia della legislazione italiana

La situazione italiana è stata analizzata in moltissimi libri, tutti facilmente reperibili in libreria o in biblioteca, e non mi sembra il caso di proporre una sintesi affrettata. Invece abbozzerò una storia delle leggi italiane sulla droga, nella speranza che qualcuno voglia e possa approfondire il tema.
Il Codice Zanardelli del 1890 si limita a reprimere la *vendita* di sostanze pericolose per la salute (compresi i medicinali), al fine di tutelare il consumatore da frodi e sofisticazioni. Non interferisce invece con le scelte individuali in materia di *uso* di farmaci o droghe. L'Italia assume gli impegni stabiliti nella prima Convenzione Internazionale sull'oppio (L'Aja 1912) con il R.D.Legge 9/2/1922 n. 335, e l'anno seguente viene approvata la Legge 18/2/1923 n. 396 (*"Provvedimenti per la repressione dell'abusivo commercio di sostanze velenose aventi azione stupefacente"*). La legge 9/11/1923 n. 2534 approva il regolamento e pubblica un elenco di 14 sostanze che vengono pertanto poste sotto controllo. Il Codice Penale del 1930 (Codice Rocco) non proibisce ancora né la detenzione né l'uso di stupefacenti. Oltre a definire l'imputabilità dei soggetti che agiscono sotto l'effetto di alcool o sostanze stupefacenti, o sono dediti al loro uso (art. 93-95), il codice reprime il commercio clandestino e fraudolento (art. 446) e l'agevolazione dolosa all'uso di sostanze stupefacenti (art. 447), ma quanto ai comportamenti personali colpisce solo la manifestazione esteriore e cioè la *"grave alterazione psichica per abuso di sostanze stupefacenti"* (art. 729), oltre che la vendita ai minori di anni 16 (art. 730) - come del resto colpisce l'ubriachezza molesta (art. 688), e la vendita di alcolici ai minori di anni 16 (art. 689). La legge 396 del 1923 viene poi assorbita dal T.U. delle leggi sanitarie R.D. 27/7/1934 n. 1265, in cui si definisce "malattia" l'intossicazione cronica da stupefacenti, e si prevede il ricovero coatto in casa di salute.
Nel dopoguerra arriva la vera svolta proibizionista. La Legge 22/10/1954, n. 1041, approvata sull'onda di uno scandalo pubblico, il famoso "caso Montesi", è estremamente rigida, punendo (art. 6) con una pena da tre a otto anni di reclusione anche la semplice detenzione (*"chi, senza autorizzazione (...) comunque detenga..."*) delle sostanze incluse negli elenchi. In questo modo anche il semplice uso personale diventa reato penale, non sostanzialmente distinto dal traffico, e prevede l'obbligatorietà del mandato di cattura e l'arresto in caso di flagranza. Con questa legge il colpevole di *"abituale abuso di stupefacenti"* viene assimilato al malato psichiatrico e, se *"si rende comunque pericoloso a sé o agli altri o riesce di pubblico scandalo"*, il pretore ne ordina il ricovero in casa di cura o in ospedale psichiatrico (art. 13). Questa legge non modifica in nulla il problema, che anzi comincia progressivamente ad aggravarsi, come in tutti i paesi occidentali, alla fine degli anni Sessanta. Tuttavia, per oltre vent'anni non vi furono sostanziali modifiche legislative, nonostante che la necessità di rivedere la questione fosse stata sollevata a seguito di diversi clamorosi arresti di personaggi in vista per la

semplice detenzione di droghe. Il D.M. 20/12/1961 definisce le "*tossicosi da stupefacenti o da sostanze psicoattive*" come malattie sociali, e prevede l'istituzione di appositi "*centri per la malattie sociali*" (peraltro istituiti solo in pochi casi). Finalmente la legge 22 dicembre 1975, n. 685 - una legge molto avanzata per l'epoca - rivede il sistema punitivo, abroga (art. 108) gli art. 446, 447, 729, 730 del Codice Penale, introduce il raggruppamento delle sostanze in sei Tabelle sul presupposto di una diversa "pericolosità" e esplicitamente cancella il reato del semplice consumo di droghe, escludendo la punibilità della detenzione di una "modica quantità". La concezione che informa la legge del 1975 è la definizione dell'*uso* di droghe come manifestazione di devianza, e della *dipendenza* come malattia, alle quali vanno fornite risposte di tipo rispettivamente assistenziale o terapeutico. Purtroppo, soprattutto sotto questi aspetti, la legge 685 resterà ampiamente inattuata. Le Regioni si dimostrano pigre e inefficienti nell'istituire i servizi assistenziali e medici previsti dalla legge. La rapida espansione dei consumi di droga, peraltro comune a tutti i paesi europei, e il conseguente moltiplicarsi degli episodi di microdelinquenza e dei decessi per overdose - fenomeni molto amplificati dai mass media - contribuiscono ad alimentare un allarme crescente. Sempre più ad alta voce viene proclamato il fallimento della legge, con l'accusa di esser permeata di insano "permissivismo", soprattutto a causa dell'elastico concetto di "modica quantità". Alla fine degli anni Ottanta, il cambiamento di rotta del governo Craxi è rapidissimo, e volto ad accogliere i nuovi rigidissimi atteggiamenti americani sulla "guerra alla droga". Tuttavia il dibattito - non solo parlamentare - sarà molto più acceso del previsto, e vedrà la nascita di un vivace ma purtroppo effimero movimento antiproibizionista organizzato dal Partito Radicale. Ciò renderà difficile e lenta l'approvazione di una nuova legge rigidamente proibizionista, che tuttavia, alla fine, arriverà puntualmente (Legge 26 giugno 1990, n. 162), affermando il divieto di uso e cancellando la non-punibilità del possesso di modiche quantità di sostanze stupefacenti - salvo nei limiti di una alquanto fumosa (e scientificamente priva di senso) "*dose media giornaliera*". La sanzione - penale e/o amministrativa - diventa comunque la regola per qualunque forma di uso di droghe, e gli interventi terapeutici - pur non coattivi - vengono prospettati soprattutto come alternative alla sanzione penale. Più avanti, la legge verrà sostituita dal D.P.R. 8 ottobre 1990, n. 309 "*Testo Unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope*", successivamente modificato dal D.P.R. 5 giugno 1993, n. 171. Infatti, con un referendum, verranno abrogati gli articoli più rigidamente punitivi, e si ritornerà di fatto alla non-punibilità del semplice uso personale di droghe. Restano comunque in vigore una serie di sanzioni amministrative anche molto penalizzanti.

Le Convenzioni internazionali attualmente in vigore

Convenzione Unica sugli Stupefacenti (1961): sintesi delle precedenti Convenzioni e base del quadro legale attuale. L'uso non-medico di una serie di sostanze naturali e loro derivati è vietato.
Convenzione di Vienna (1971): porta sotto il controllo internazionale le sostanze psicotrope sintetiche (allucinogeni, amfetamine, barbiturici, tranquillanti).
Convenzione di Vienna sul Narcotraffico (1988): delinea la cooperazione internazionale in materia di repressione, istituisce l'*International Narcotics Control Board* (INCB), con sede a Vienna, e impone il controllo dei precursori chimici.

Bibliografia essenziale per questo capitolo:
Austin G. A. 1978; Bachmann C.-Coppel A. 1989; Berridge V.-Edwards G. 1981; Brecher E.M. 1972; Courtwright D.T. 1982 e 1989; de Liedekerke A. 1984; Duster T. 1970; Helmer J. 1975; King R. 1972; Kolb L. 1962; Latimer D.-Goldberg J. 1981; Maurer D.W.-Vogel V.H. 1973; McWilliams J.C. 1990; Morgan H.W. 1974 e 1981; Musto D.F. 1973; Parssinen T.M. 1983; Pepino L. 1989 e 1991; Scott J.M. 1969; Terry C.E.-Pellens M. 1928; Whynes D.K.- Bean P.T. 1991.

Note

1. Citazione tratta da Musto D.F. 1973, p. 71-2.

2. A fianco di questo disonesto affarismo, forse è il caso di denunciare anche l'ipocrita irrazionalità dell'atteggiamento corrente, che definisce senza porsi il minimo dubbio "*malattia*" l'autoprescrizione (perché di questo si tratta, anche se tecnicamente non autorizzata) di eroina, e "*cura*" la prescrizione da parte di un medico (e come tale debitamente autorizzata) di metadone, o della stessa eroina!

3. La popolazione media degli Stati Uniti nel periodo 1860-9 è di 34 milioni di abitanti, mentre nel 1900-9 salirà a 83 milioni. Le importazioni totali di oppio per il consumo interno passano dalle 59,6 tonnellate medie all'anno (di cui 9,6 di oppio preparato per il fumo) nel periodo 1860-9 alle 285,2 tonnellate (di cui 67,3 di oppio preparato) nel periodo 1900-1909. Mentre la popolazione cresce di 2,4 volte, quindi, l'oppio importato si moltiplica per 4,8 volte e l'oppio da fumo per 7. Diversi ricercatori si sono sbizzarriti nelle stime sul numero di consumatori regolari di oppiacei negli Stati Uniti, sulla base di assunzioni medie del tutto teoriche. C.E. Terry e M. Pellens (1928) riportano una sintesi di queste diverse stime, fatte fra il 1877 e il 1920, secondo le quali potrebbero esserci da un minimo di 102.000 (0,1% della popolazione; Bucher 1920) a un massimo di 782.000 (0,8%; Terry 1913) persone dipendenti da oppiacei.

4. Citato ampiamente in Terry C.E. - Pellens M. 1928, p. 70-2.

5. Uno degli studiosi più autorevoli dell'epoca, il tedesco Eduard Levinstein, mentre sostiene che "*ogni persona, di forte o debole costituzione, ha una tendenza verso il desiderio morboso di morfina se, per qualche malattia, si è abituato a tali iniezioni, avendole sotto il suo controllo*", nega tuttavia che questa passione sia diversa da quella per il fumo, il gioco, il denaro o gli eccessi sessuali. Tanto meno è da considerarsi una malattia mentale, in quanto bisognerebbe prima dimostrare che "*le persone che ne soffrono sono realmente danneggiate nell'intelletto o nei sentimenti*". Il che non è vero, in quanto egli stesso conosce "*tutta una serie di persone che sono soggette a tale morboso desiderio di morfina in alto grado e che non soltanto si trovano nel pieno possesso del loro vigore intellettuale, ma sono saliti e restano ai più alti livelli della scienza e dell'arte. Uomini di stato, militari, artisti, medici, chirurghi della massima reputazione sono schiavi di questa passione, e la loro attività non ne è minimamente ostacolata. Certamente non possiamo considerare insana una persona il cui intelletto non soffre mai (...) della minima aberrazione, ma è al contrario principalmente assorbito nella sua arte o professione; che adempie ai suoi doveri (...) in modo irreprensibile; e che ha un caldo interesse in tutto ciò che rallegra il cuore dell'uomo*". Tra l'altro, anch'egli sottolinea che, a differenza dell'alcool, la morfina non produce di per sé alcun deterioramento fisico (Levinstein E. *The morbid craving for morphia* (1878), citato da Terry C.E. - Pellens M. 1928, p.138-9).

6. Citato da Stimson G.V. - Oppenheimer E. 1982, p. 21.

7. H. Campbell. The pathology and treatment of morphia addiction. *British J of Inebriety* 20: 147, 1922-23 (citato da Brecher 1972, p. 120-1).

8. Woodcock J. *The role of the prescribing clinic in the British response to drug abuse.* London: ISDD 1980.

9. Epstein E.J. 1990, p. 104.

10. Un'espressione quasi intraducibile, oggi in disuso, qualcosa come "fanatici della droga".

11. Il caso della Shreveport Clinic del dott. Willis P. Butler è studiato da Waldorf D.-Orlick M.-Reinarman C. 1974. Per la storia politica e legale dei narcotici in America sono essenziali almeno Brecher E.M. et al. 1972, King R. 1972, Musto D.E. 1973.

12. In realtà, negli Stati Uniti, vi fu fin dall'inizio chi si oppose al proibizionismo. Oltre a strenue battaglie personali come quella del dottor Ratigan, ci furono numerose voci critiche tra cui spiccano per lucidità e coraggio quelle del deputato John M. Coffee e del sociologo Alfred R. Lindesmith dell'Indiana University. Per un approfondimento di questo periodo, si raccomanda soprattutto l' eccellente *The drug hang-up* (più o meno, "*Il grattacapo della droga*") di Rufus King, purtroppo - come quasi tutti i migliori libri stranieri sull'argomento - mai tradotto in italiano.

6. *FARMACOLOGIA E DINTORNI...*

Oppio, morfina, eroina fra farmacologia e politica; I recettori degli oppioidi e gli oppioidi endogeni; Agonisti e antagonisti; Gli oppioidi naturali e semisintetici; Gli oppioidi di sintesi; Gli antagonisti puri; Assorbimento, metabolismo, eliminazione; Effetti degli oppioidi sul sistema nervoso centrale; Effetti sui diversi apparati; Effetti soggettivi degli oppioidi a seconda della via di somministrazione; Effetti collaterali e reazioni avverse; Tossicità; Le complicanze dell'uso di eroina "di strada"; Che cosa si può e si deve fare in caso di overdose; Oppioidi e malattia mentale, violenza, criminalità; Tolleranza e dipendenza; La sindrome da astinenza

Una questione di parole...

Nella terminologia attuale, il termine *oppiacei* indica gli alcaloidi naturali dell'oppio (e i loro derivati semisintetici) con azione morfinosimile; *oppioidi* indica invece tutte le sostanze, naturali o sintetiche (compresi i peptidi endogeni), con la stessa azione.

Oppio, morfina, eroina fra farmacologia e politica

Dall'oppio si estraggono diversi alcaloidi, il più importante dei quali è la *morfina*, isolata come abbiamo visto all'inizio dell'Ottocento. La morfina è contenuta nell'oppio grezzo in percentuale variabile dal 2 al 20% circa, ma l'oppio farmaceutico è preparato in modo da contenerne il 10%. Da essa si ottiene con un semplice processo chimico la *diacetilmorfina*, più nota con il nome di *eroina*, l'oppiaceo più importante del mercato illegale. Nel 1924 gli Stati Uniti cancellarono l'eroina dalla farmacopea, vietandone la produzione e l'importazione, e dopo forti pressioni, ottennero che anche l'ONU nel 1954 la dichiarasse inaccettabile per l'uso medico. Gran parte degli altri paesi (compresa l'Italia) si adeguarono alla direttiva ONU, con la significativa eccezione della Gran Bretagna, che mantenne sempre l'eroina (*Diamorphine*) in uso per la terapia del dolore e della tosse. Secondo le statistiche ONU, dei 300 chili di eroina prodotti legalmente nel 1989, il 95% fu usato in Gran Bretagna. Nel 1994, l'eroina risultava - almeno in teoria - autorizzata per uso medico in Gran Bretagna, Belgio, Canada, Islanda, Malta, Olanda, Svizzera.[1] Più volte è stata chiesta alle autorità sanitarie degli Stati Uniti una rivalutazione dell'eroina e una sua riclassificazione che ne permetta almeno l'impiego come analgesico nei malati terminali. La richiesta è stata finora respinta, e in realtà, i non moltissimi studi clinici disponibili non sembrano indicare significativi vantaggi dell'eroina rispetto alla morfina e all'idromorfone. Il punto principale resta quindi quello politico: se abbia senso o meno perpetuare la definizione dell'eroina come sostanza in

qualche modo speciale e dotata di caratteristiche particolarmente temibili. Personalmente ritengo che si tratti solo di una posizione irrazionale, senza fondamento scientifico, e che la sua passiva accettazione non abbia contribuito e non contribuisca alla chiarezza nel difficile dibattito sulla droga.

I recettori degli oppioidi e gli oppioidi endogeni

Per capire la farmacologia degli oppioidi, è bene partire dalle strutture cellulari su cui essi agiscono. Negli anni '70, furono isolati sulle membrane cellulari dei mammiferi - principalmente nel sistema nervoso centrale (SNC) e nell'intestino - i cosiddetti *recettori* degli oppioidi. Una volta scoperti i recettori, fu ovvio mettersi a cercare le molecole endogene capaci di legarsi ad essi e di attivarli: non si poteva infatti pensare che la natura avesse previsto nei mammiferi recettori specifici per sostanze presenti solo nei papaveri! Dovevano esistere anche nell'organismo dei mammiferi dei composti capaci di legarsi ad essi. Furono così scoperte diverse sostanze di natura peptidica, subito battezzate *endorfine* ("morfine endogene"), dotate di azioni sotto molti aspetti simili a quelle degli oppiacei naturali.

Tipi diversi di recettori e di peptidi oppioidi endogeni

I recettori cellulari degli oppioidi vengono classificati in almeno tre tipi fondamentali - μ (mu), κ (kappa), δ (delta) - e in diversi sottotipi. Quelli più importanti ai fini dell'analgesia e dell'euforia, e quelli su cui agiscono tipicamente la morfina e l'eroina, sono i recettori μ_1 dell'encefalo. I recettori μ_2 sarebbero responsabili della depressione respiratoria e della riduzione della motilità gastrointestinale. I recettori κ, localizzati prevalentemente nel midollo spinale, sono implicati nell'analgesia a un livello diverso dai μ, e se attivati da farmaci possono produrre sensazioni di ansia e malessere (disforia) e persino allucinazioni. Il ruolo dei recettori δ è ancora poco conosciuto. I peptidi oppioidi endogeni scoperti fino a oggi appartengono anch'essi a tre classi: *encefaline*, *endorfine* e *dinorfine*. Le encefaline e le dinorfine spesso si trovano nelle stesse aree del SNC, e sono particolarmente abbondanti nelle strutture cerebro-spinali implicate nella percezione del dolore, nella modulazione del comportamento affettivo-emozionale e nella regolazione del sistema nervoso autonomo e delle funzioni neuroendocrine. Le encefaline si trovano anche nei plessi nervosi e ghiandole dello stomaco e dell'intestino, e nella midollare del surrene. Le endorfine, invece, hanno una distribuzione più limitata e si trovano solo in poche aree del SNC, nell'ipofisi e nelle cellule insulari del pancreas.

Il loro studio è in corso, e i risultati non sono ancora conclusivi. In estrema sintesi, si può dire che esse agiscono essenzialmente in tre modi: come neurotrasmettitori, come modulatori della trasmissione dell'impulso nervoso e

come neuro-ormoni. Negli ultimi anni, si è scoperto che probabilmente la stessa morfina e alcuni suoi derivati sono presenti nei tessuti dei mammiferi.[2]
Tutto questo getta ovviamente una nuova luce sugli oppiacei: sostanze simili, o addirittura identiche, a queste droghe così temute sono *naturalmente* presenti nel nostro corpo, con funzioni complesse che solo da pochi anni si stanno studiando in profondità. E allora, nulla vieta a questo punto di pensare che il diversissimo grado di attrazione che gli oppiacei esercitano sulle diverse persone - che si traduce in atteggiamenti che vanno dal rifiuto all'indifferenza, all'uso sporadico e occasionale, all'uso quotidiano, fino al desiderio incontrollabile e alla ricerca compulsiva - possa dipendere almeno in parte dalla personale situazione biochimica di ciascuno, dal nostro personale equilibrio interno fra la disponibilità di peptidi oppioidi endogeni, il numero o le caratteristiche dei recettori, la risposta di certe vie nervose, la velocità di certi processi metabolici...
Molte persone trovano (a volte *imparano* col tempo a trovare) piacevole l'effetto tranquillizzante degli oppiacei, anche se in genere solo dopo un po' di esperienze iniziali non gradevoli (nausea, vomito, sonnolenza). Ma solo pochissime provano - e in tal caso, sembra, fin dalle primissime volte - un'euforia travolgente, a cui spesso non saranno più disposte a rinunciare. Personalmente sono convinto - e ne parlerò più ampiamente nel prossimo capitolo - che un buon numero delle persone che si innamorano dell'eroina "al primo buco" o quasi sono persone che in qualche modo *stanno molto male, ma che fino al fatale incontro con l'eroina neppure sapevano di star male.* Per loro, quello *star male* è la condizione in cui hanno sempre vissuto, e non possono quindi riconoscerla confrontandola con uno stato diverso, uno *star bene* naturale. L'esperienza dell'eroina è per loro l'improvvisa sensazione che un grosso peso è stato tolto, che qualcosa che mancava, che stonava, che disturbava nella loro percezione di se stessi è stato finalmente messo a posto. È un enorme sollievo, e giustamente queste persone lo descrivono come una sensazione di estremo benessere. Non credo che ci siano ancora elementi scientifici per dire che la condizione di base di queste persone è uno squilibrio essenziale del sistema endorfinico, ma è lecito supporre che di ciò si tratti in molti casi, e spero che la ricerca possa presto chiarire questa materia delicata. Ovviamente, se ciò si dimostrerà vero, dovremo guardare con tutt'altri occhi all'uso degli oppiacei come "droghe" e alla violenta, spesso crudele repressione che è stata imposta. Magari non si arriverà a sostenere che proibire a certe persone l'uso di questi farmaci è un po' come proibire a un diabetico l'uso di insulina, ma ci si dovrà pentire delle vessazioni e delle sofferenze ingiustamente inflitte agli "eroinomani" (e indirettamente non solo a loro), come oggi ci si pente di quelle un tempo inflitte - anche allora in nome della salute pubblica e dell'ordine sociale - agli untori o alle streghe.

Agonisti e antagonisti

Si dice che la morfina, l'eroina o il metadone agiscono come "agonisti" a livello dei recettori degli oppioidi perché, legandosi ad essi, ne determinano l'attivazione, modificando così l'attività neuronale in certi specifici siti del sistema nervoso centrale (o dei plessi nervosi periferici dove sono presenti questi recettori). Sono anche state sintetizzate delle sostanze che agiscono come "antagonisti" degli oppioidi. Anch'esse agiscono a livello degli stessi recettori, ma in modo opposto agli agonisti, nel senso che sono in grado di *legarsi ai recettori senza attivarli* - bloccando quindi l'eventuale azione di un agonista. Sulla base della loro interazione con i recettori, gli oppioidi possono essere classificati in tre gruppi:

- gli *agonisti morfinosimili*, che agiscono soprattutto a livello dei recettori μ, ma anche a livello dei κ e dei δ (p.es. morfina, eroina, metadone, meperidina, fentanyl, idromorfone, ossimorfone, ecc.)
- gli *antagonisti puri* che si legano agli stessi recettori, ma li bloccano senza attivarli (p.es. naloxone)
- gli *oppioidi ad azione mista* che a loro volta si suddividono in *agonisti-antagonisti*, cioè agonisti su certi recettori e antagonisti su altri (p.es. pentazocina), e *agonisti parziali* cioé capaci di esercitare un effetto incompleto e limitato sui recettori (p.es. buprenorfina)

Potenza e efficacia di un farmaco

Fra un farmaco A e un farmaco B con azione simile, si dice che quello che richiede una dose minore per avere un certo effetto è più *potente* dell'altro. P. es., la morfina e l'eroina hanno la stessa capacità di alleviare il dolore, ma si dice che l'eroina è 2-3 volte più potente della morfina, perché bastano circa 5 mg di eroina per avere più o meno lo stesso effetto di 10-15 mg di morfina. Quando invece un farmaco A può ottenere un risultato che un farmaco B non può ottenere, si dice che A è più *efficace* di B. La morfina è più efficace dell'aspirina come analgesico, perché la morfina allevia dolori che l'aspirina - a qualunque dosaggio - non potrebbe alleviare.

Gli oppioidi naturali e semisintetici

L'oppio contiene circa venti alcaloidi. Il termine "oppiacei" si riferisce però solo a quelli con azione analgesico-narcotica, di cui il più importante è la *morfina*, che è ancora oggi l'analgesico per eccellenza e lo standard con il quale si confrontano gli altri farmaci contro il dolore. Il nucleo chimico comune a tutti gli oppiacei è il cosiddetto *nucleo fenantrenico*. La molecola della morfina ha una complessa conformazione tridimensionale che non può essere ben rappresentata dalle

convenzionali formule di struttura (*Fig. 1*). L'*idromorfone* è un derivato della morfina, più potente e più attivo per via orale. Da anni non è più in vendita in Italia, ma è ancora molto usato in altri paesi. Nell'oppio si trovano piccole quantità (circa lo 0,2%) di un altro alcaloide a struttura fenantrenica, la *tebaina*: ha scarsa azione analgesica, e non è mai usata direttamente, ma è il precursore di molti analgesici semisintetici (tra cui l'*ossicodone*, l'*ossimorfone* e il già citato *idromorfone*) e dell'antagonista *naloxone*. Anche la *codeina* (3-metilmorfina) è presente nell'oppio in piccola percentuale: è uno dei più efficaci calmanti della tosse e un analgesico di media potenza, spesso usato insieme ad analgesici-antinfiammatori come l'acido acetilsalicilico o il paracetamolo, con cui ha un effetto sinergico. Le enormi quantità richieste dall'industria farmaceutica sono ottenute per metilazione della morfina.

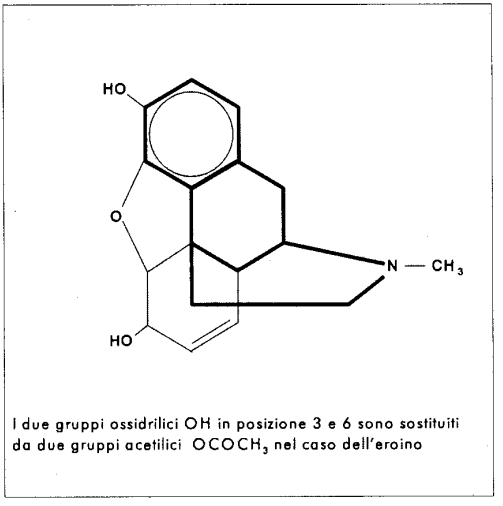


Fig. 1 Formula della morfina

La *diacetilmorfina* o *eroina* si ottiene facendo reagire la morfina con l'anidride acetica. I suoi effetti sono simili a quelli della morfina, ma è 2-3 volte più potente. Sintetizzata da C.R. Wright nel 1874, sulla base dei primi studi non fu ritenuta particolarmente interessante, ma diventò invece famosa più di vent'anni dopo, nel 1898, quando la ditta tedesca Bayer - la stessa che aveva appena brevettato l'acido acetilsalicilico (*Aspirina*®) - la lanciò sul mercato con il nome commerciale di *Eroina*, pubblicizzandola molto come "*il calmante della tosse*". L'eroina fu usata anche per la disassuefazione dalla morfina, ma ben presto ci si avvide che (a differenza di quanto avverrà per il metadone) essa non offriva alcun vantaggio.[3] L'eroina ebbe grande successo. Uno dei suoi punti forti come anti-tosse era il miglior margine terapeutico rispetto alla codeina, e per anni - cosa comprensibile visti i bassi dosaggi prescritti e la somministrazione orale - non si riconobbe neanche la sua capacità di determinare dipendenza.

Infine, sempre a partire dalla tebaina, sono anche stati sintetizzati analgesici estremamente potenti: per esempio l'*etorfina*, circa mille volte più potente della morfina, e l'*acetorfina*, ancora più potente. Nessuno di questi viene oggi usato in

medicina, ma la possibilità di una loro comparsa sul mercato illegale non si può escludere per il futuro. Con il piccolo problema che dosare correttamente sostanze attive a frazioni di milligrammo sarebbe impossibile nelle condizioni del mercato nero, e i rischi di *overdose* salirebbero alle stelle.

Gli oppioidi di sintesi

La ricerca di un analgesico non generatore di "dipendenza" - e l'obiettivo politico di fare a meno dell'oppio - hanno portato a grandi sviluppi nella ricerca di sostituti della morfina totalmente sintetici. Ne sono stati prodotti moltissimi, ma solo una dozzina circa sono entrati nell'uso. Nessuno è stato comunque in grado di sostituire definitivamente la morfina. Fra i più importanti, alcuni sono agonisti puri, come il *metadone*, la *destromoramide*, il *fentanyl*. Altri sono agonisti parziali, cioè capaci di attivare solo limitatamente i recettori, come la *buprenorfina*, oppure agonisti-antagonisti, cioé agonisti a livello di un tipo di recettori e antagonisti a livello di un altro, come la *pentazocina*. Il *metadone* è un potente analgesico, molto attivo anche per via orale, a lunga durata d'azione, che oggi è - come tutti sanno - molto usato anche nella terapia di mantenimento o nella disassuefazione graduale delle persone dipendenti da eroina. La *meperidina* o *petidina* è un derivato fenil-piperidinico dotato di azione molto simile ma non identica alla morfina, con minor capacità di provocare stitichezza. Molto usata nel dolore postoperatorio e, a preferenza della morfina, nelle coliche biliari, se somministrata a lungo in dosi elevate può determinare effetti eccitatori indesiderabili sul SNC - dai tremori alle convulsioni - per l'accumulo di un metabolita tossico. Il *fentanyl*, un altro derivato fenil-piperidinico, è un oppioide di sintesi 80-100 volte più potente della morfina come analgesico. Come i suoi analoghi *sufentanyl* e *alfentanyl*, è molto usato (generalmente in associazione con un neurolettico) come alternativa ai tradizionali anestetici, per esempio in cardiochirurgia. È anche usato sotto forma di lecca-lecca come analgesico postoperatorio per i bambini, e da qualche anno è disponibile in cerotti a lento rilascio per la terapia del dolore cronico. Derivati artigianali della meperidina e del fentanyl (*designer drugs*) sono già comparsi sul mercato clandestino, in qualche caso con risultati disastrosi.[4] Alcuni di questi derivati - p.es. il *3-metilfentanyl* - sono migliaia di volte più potenti della morfina.

Gli antagonisti puri

Come abbiamo visto, un *antagonista* si lega ai recettori in competizione con i normali agonisti, ma a differenza di questi non ne provoca l'attivazione, e anzi, rendendoli indisponibili a un eventuale agonista, di fatto li blocca. Gli antagonisti

si ottengono modificando chimicamente un agonista, in modo che la parte che serve per il legame col recettore resti intatta, mentre viene alterata la parte necessaria per l'attivazione. Per esempio, dalla morfina si ottiene la *nalorfina*, dall'ossimorfone si ottengono il *naloxone* e il *naltrexone*. Il naloxone (*Narcan*®) è un antagonista dotato di altissima *affinità* per i recettori μ: ciò vuol dire che esso può scacciare rapidamente la morfina o l'eroina eventualmente già legata ad essi, portando alla rapida cessazione degli effetti del farmaco. Nel sovradosaggio (*overdose*) da eroina, il *Narcan* è un vero farmaco salvavita e ne parleremo in dettaglio più avanti.

Assorbimento, metabolismo, eliminazione

Tutte le vie di somministrazione possono essere usate per gli oppioidi. Per lungo tempo, la principale fu ovviamente quella orale. L'invenzione della siringa ipodermica, di poco successiva all'isolamento della morfina, portò a una nuova via di somministrazione molto più efficace e prevedibile negli effetti. Oggi gli oppioidi si somministrano anche per via sublinguale, transdermica (cerotti), endorachidiana.[5] Soprattutto per la morfina e la meperidina, la via orale è meno efficace di quella parenterale (iniezione) per il cosiddetto effetto *first-pass*.[6] Altri oppioidi invece, come la codeina, l'ossicodone e il metadone, sono molto efficaci anche per bocca per la minor importanza del metabolismo epatico. Nella somministrazione parenterale, i composti più liposolubili - come eroina, idromorfone, fentanyl, metadone - passano più facilmente la barriera ematocerebrale e hanno quindi un effetto più rapido della morfina. La buprenorfina è ben assorbita anche per via sublinguale. La durata di azione è variabile, e può anche essere diversa per i diversi effetti: per esempio, l'effetto puramente analgesico dura 4-5 ore per la morfina, l'eroina e il metadone, ma l'effetto "anti-astinenza" è molto più prolungato con quest'ultimo (anche 24 ore).
Nel fegato, la morfina viene coniugata con acido glicuronico, dando composti ancora farmacologicamente attivi (morfina-6-glicuronide) o inattivi (morfina-3-glicuronide). L'escrezione della morfina e dei suoi derivati glicuronizzati è prevalentemente urinaria. Solo in piccola parte avviene con le feci.

Effetti degli oppioidi sul sistema nervoso centrale

La morfina e gli altri agonisti a livello dei recettori μ hanno diversi effetti importanti - non tutti utili e desiderabili - sul sistema nervoso centrale (SNC): analgesia, sonnolenza, euforia o altre alterazioni dell'umore, nausea e vomito, soppressione della tosse, miosi, depressione respiratoria.

L'azione analgesica

"*Divinum est opus sedare dolorem*" - calmare il dolore è opera divina - dicevano i medici antichi: e forse a questo si riferiva William Osler, uno dei padri della medicina moderna, quando chiamava la morfina "*God's own medicine*" - la medicina che Dio usa per sé. L'effetto più importante degli oppioidi - e quello per cui ancora oggi essi sono insostituibili - è il loro potente effetto analgesico, che caratteristicamente riguarda anche tutte le manifestazioni affettive (ansia, agitazione, paura) legate al dolore. Pochi minuti dopo la somministrazione di morfina per via endovenosa il dolore scompare o comunque diventa meno tormentoso, e il paziente si sente più tranquillo e sereno. Viene facilitato il sonno. L'analgesia indotta dagli oppioidi non si accompagna a disturbi delle altre modalità sensoriali, e anche a dosi elevate, a differenza di ciò che accade con altri sedativi centrali come l'alcool o i barbiturici, non si manifestano alterazioni delle funzioni mentali superiori, instabilità emotiva, difficoltà nell'articolazione della parola o perdita del coordinamento motorio.[7]

Se non vi sono controindicazioni specifiche (insufficienza respiratoria, gravi emorragie, ecc.), l'uso di morfina e altri oppioidi "maggiori" nel dolore acuto moderato o grave è in genere assolutamente sicuro, e la loro efficacia incomparabilmente maggiore di quella degli altri analgesici. Solo il pregiudizio negativo che è seguito alle restrizioni legali ne ha oggi ridotto l'impiego - particolarmente in Italia - molto al disotto di quanto sarebbe ragionevole e desiderabile (p.es. nel dolore postoperatorio o post-traumatico). Ma anche l'uso nel dolore cronico deve essere profondamente rivalutato. Contrariamente a quanto comunemente si crede, e come si vedrà meglio più avanti nel paragrafo dedicato alla tossicità cronica, *l'uso di oppioidi puri, anche se continuato per anni, è molto sicuro e privo di effetti tossici o dannosi per l'organismo.* Alcuni degli effetti collaterali più fastidiosi, come la sonnolenza, la nausea, il vomito, tendono a ridursi o a scomparire dopo le prime somministrazioni, e altri, come la stitichezza, possono essere tenuti sotto controllo. In queste condizioni, la terapia del dolore può essere continuata indefinitamente. Il problema della "tolleranza" - la tendenza alla diminuzione degli effetti di una determinata dose di analgesico nella somministrazione cronica - è quasi sempre meno marcato di quanto generalmente si pensi, e può essere comunque superato con un adeguamento delle dosi. Non ci sono problemi ad aumentare *indefinitamente* le dosi di morfina, a seconda delle necessità del paziente. Nelle parole di una recente e autorevolissima "guida pratica" alla terapia del dolore da cancro: "*La morfina non ha il limite di una dose massima giornaliera, e la dose può essere aumentata (senza limiti), per ottenere un sollievo permanente del dolore*".[8] Anche il tanto temuto sviluppo della "dipendenza" è in questi casi un falso problema. Per quanto riguarda la dipendenza fisica, dato che gli oppioidi anche nell'uso cronico non determinano alterazioni o danni organici, non esiste un particolare motivo di preoccupazione:

se non ci sono speranze di veder scomparire il dolore, la dipendenza fisica non deve essere considerata in modo diverso da quella che lega un diabetico alla quotidiana somministrazione di insulina. Se il dolore, per fortuna del paziente, si risolve dopo un tempo più o meno lungo, la pura dipendenza fisica può essere superata senza particolari fastidi con una riduzione *graduale* delle dosi. La cosiddetta "dipendenza psichica" è eccezionalmente rara fra coloro che devono ricorrere agli oppioidi a scopo analgesico.[9]

Oppioidi, dolore, sofferenza

Se distinguiamo il *dolore* come sensazione fisica specifica, legata alla stimolazione di certi terminali nervosi (*nocicettori*), dal complesso delle reazioni soggettive al dolore - fastidio, ansia, paura, irritazione, agitazione, tormento, angoscia, disperazione... - che in genere si definisce *sofferenza*, possiamo dire che gli oppioidi agiscono su entrambi i livelli, ma soprattutto su quello superiore e più complesso, la sofferenza. Spesso infatti il paziente riferisce che il dolore non è stato del tutto abolito dalla morfina, ma comunque è diventato meno tormentoso, e per esempio, non toglie l'appetito e non impedisce il sonno. Da un punto di vista neurofarmacologico, l'azione analgesica degli oppioidi avviene sia sulle vie nervose interessate dalle sensazioni dolorose (midollo spinale) che sui centri superiori coinvolti nella risposta emotiva al dolore (talamo e altre strutture encefaliche). Gli oppioidi agiscono molto più efficacemente sul dolore continuo di origine viscerale (p. es. dolore postoperatorio, dolore stenocardico) che non su quello trafittivo e intermittente (p. es. nevralgia del trigemino). Con un dosaggio adeguato, è tuttavia possibile controllare in modo soddisfacente quasi ogni tipo di dolore.

Euforia e disforia: le alterazioni dell'umore

Caratteristici effetti degli oppioidi a livello dei centri nervosi superiori sono le *alterazioni dell'umore*. Insieme al sollievo dal dolore, generalmente gli oppioidi provocano sedazione, tranquillità, riduzione dell'ansia e delle preoccupazioni, apatia ed euforia. A volte invece, specie in assenza di dolore, provocano disforia (sensazione di ottundimento mentale, sonnolenza, agitazione, o vero e proprio malessere). L'euforia - che alcuni provano fin dalle prime volte, altri in qualche modo imparano ad apprezzare, altri ancora non provano mai - nella maggioranza dei casi appare strettamente legata alla cessazione del dolore, ma in altri è in qualche modo indipendente dall'esperienza attuale di un dolore fisico, ed è vissuta come una profonda sensazione di benessere, contentezza e pace interiore. Questo tipo di sensazioni - che, ripeto, non sono in alcun modo universali e costanti e non sono ricercate da tutti allo stesso modo - sono ciò che rende gli oppioidi attraenti per certe persone anche in assenza di dolore, ed è quindi evidente il loro possibile ruolo nella genesi dell'abitudine e della "dipendenza".

La depressione respiratoria

Un caratteristico effetto secondario degli oppioidi sul SNC - molto importante perché potenzialmente pericoloso - è la *depressione respiratoria*, che si manifesta per azione diretta di questi farmaci sui centri nervosi che controllano gli automatismi del respiro.[10] L'effetto depressivo massimo si osserva 5-10 minuti dopo un'iniezione endovenosa o 30 minuti dopo un'intramuscolare, e può durare anche 4-5 ore. Anche piccole dosi hanno un qualche effetto sulla respirazione, e dosi tossiche possono ridurre la frequenza a soli 3-4 atti respiratori al minuto. Nel caso di un sovradosaggio di oppioidi, se il paziente è cosciente, è spesso in grado di *respirare a comando* - ma non appena viene abbandonato a se stesso "se ne dimentica". Ovviamente, quando la depressione respiratoria è grave, si può arrivare rapidamente all'asfissia e alla morte. Il rischio di una grave depressione respiratoria è significativamente aggravato dall'uso combinato di oppioidi con alcool o altre sostanze depressive del SNC.

Altre azioni sul SNC

La *soppressione della tosse* - un effetto molto positivo e utile degli oppioidi - avviene per azione specifica sui centri della tosse nel bulbo. A questo scopo si usano soprattutto la codeina e i suoi derivati. Non c'è una relazione diretta fra soppressione della tosse e depressione respiratoria. Gli oppioidi provocano molto spesso *nausea* e *vomito*: quasi sempre essi tendono a scomparire dopo le prime somministrazioni, e in genere si manifestano solo se il paziente non resta tranquillo e immobile. Infine, uno degli effetti più caratteristici degli oppioidi - che non scompare neanche con l'uso cronico - riguarda la pupilla: tutti gli agonisti μ determinano *miosi*, ossia costrizione della pupilla, che diventa molto marcata in caso di sovradosaggio.[11] Questo fenomeno può avere una certa importanza diagnostica: le *pupille a punta di spillo* sono caratteristiche dell'intossicazione acuta da oppioidi. Se però la depressione respiratoria è stata grave e prolungata fino all'asfissia, si può riscontrare anche nell'*overdose* da oppioidi una pupilla dilatata al massimo, segno di grave e irreversibile danno ipossico cerebrale.

Effetti sui diversi apparati

Sull'*apparato gastroenterico*, l'azione più caratteristica degli oppioidi si manifesta a livello dell'intestino. L'attività peristaltica dell'intestino crasso è fortemente diminuita o abolita per effetto della morfina. Ciò spiega la stitichezza provocata dagli oppioidi, e la loro efficacia nel combattere la diarrea. Per quanto riguarda la *muscolatura liscia* di altri organi, la morfina agisce sulla vescica aumentando il tono dello sfintere e riducendo il riflesso di svuotamento. Una colica biliare può

essere aggravata invece che lenita dalla morfina, per il possibile spasmo dello sfintere di Oddi. La meperidina e il fentanyl hanno un minor effetto sulle vie biliari e sono quindi più indicati in questi casi. Sul *sistema cardiovascolare*, in generale, gli oppioidi non hanno effetti particolarmente rilevanti e nel paziente supino dosi terapeutiche non determinano alterazioni significative delle funzioni cardiache o della pressione arteriosa. La morfina per via endovenosa allevia drammaticamente la dispnea nell'edema polmonare acuto da insufficienza ventricolare sinistra, anche perché facilita il *pooling* del sangue nel sistema venoso periferico. È invece controindicata nelle gravi emorragie, perché può aggravare fatalmente lo shock ipovolemico. Deve anche essere usata con estrema cautela in tutti i casi in cui la riserva respiratoria è ridotta, come nell'enfisema, nella cifoscoliosi, nell'obesità grave. Non deve essere usata negli attacchi acuti di asma, e anche una dose terapeutica di morfina può essere fatale nel cuore polmonare cronico. Sul *sistema neuroendocrino*, la morfina agisce a livello dell'ipotalamo inibendo i fattori che determinano il rilascio di ormoni ipofisari come l'LH, l'FSH e l'ACTH, e quindi interferendo con la produzione degli ormoni sessuali e del cortisolo. Questi effetti tendono a ridursi o a scomparire con l'adattamento fisiologico che segue all'uso cronico di oppioidi: per esempio, i disturbi mestruali caratteristici dell'assunzione (spesso irregolare e intermittente) di eroina nella vita "sulla strada", scompaiono nelle pazienti stabilizzate con il metadone. La morfina e altri oppioidi provocano rilascio di istamina, e quindi vasodilatazione (rossore) e prurito. Infine, gli oppioidi agiscono a livello del *sistema immunitario*. La ricerca in questo campo, sebbene quantitativamente molto abbondante, non ha ancora portato a risultati univoci o comunque chiaramente interpretabili, e soprattutto, dimostrati *in vivo* nell'uomo: si può per ora concludere che gli oppioidi, endogeni o esogeni, hanno un ruolo nella regolazione dell'immunità e possono determinare alterazioni della risposta immune, ma il significato e l'importanza di queste azioni restano in gran parte da chiarire. È possibile che lo studio dello stretto dialogo fra il sistema endorfinico e il sistema immunitario possa in futuro illuminare sui ben noti effetti negativi dello stress sull'evoluzione di certe malattie e più in generale sulla suscettibilità alle malattie.[12]

Effetti soggettivi degli oppioidi a seconda della via di somministrazione

Ci sono grandi differenze, a seconda delle diverse vie di somministrazione, nella qualità degli effetti degli oppioidi e nella velocità e intensità con cui essi si manifestano. Per esempio, se si prendono oppioidi per bocca - come era il caso prevalente fino all'800 - gli effetti dipendono dalla velocità di assorbimento nel tubo digerente, dal fatto di prenderli a maggiore o minore distanza dai pasti, dal più o meno rapido metabolismo epatico, e sono comunque relativamente lenti

a manifestarsi. L'assorbimento dopo iniezione intramuscolare è molto più rapido, e gli effetti iniziali non solo sono molto più veloci a manifestarsi, ma sono soggettivamente percepiti come più intensi. Inoltre, non esistono problemi di rallentato o parziale assorbimento. La via endovenosa e quella polmonare ("fumare") sono le più efficaci e immediate, e sono le uniche a dare il cosiddetto *flash* (o *rush*) - l'intensa sensazione iniziale caratteristica dell'eroina e degli altri oppioidi μ-agonisti.[13]

Effetti collaterali e reazioni avverse

Vi abbiamo già accennato parlando degli effetti a livello dei singoli apparati. Qui ricordiamo in sintesi i più importanti. La morfina e i suoi analoghi producono - in misura molto variabile a seconda della sostanza, del soggetto e della situazione - diversi effetti collaterali indesiderabili: depressione respiratoria (potenzialmente pericolosa in persone con malattie polmonari e scarsa riserva respiratoria), ipotensione (pericolosa nello shock emorragico), nausea, vomito, ottundimento mentale, disforia, prurito, ritenzione urinaria, aumento della pressione nelle vie biliari, stitichezza.
Rare sono invece le reazioni avverse gravi. Essenzialmente si tratta di fenomeni allergici, come orticaria o reazioni anafilattoidi - queste ultime forse responsabili di rari casi di morte improvvisa dopo iniezione endovena. L'*edema polmonare acuto* è una reazione rara (si calcola 1:15.000 iniezioni), ma spesso rapidamente mortale all'uso di oppioidi. Si riscontra soprattutto in persone che usano eroina "di strada" per endovena, ma è stato descritto fin dal 1880 anche per la morfina pura. Una volta lo si considerava un effetto diretto dell'*overdose*, poi è stato interpretato come una reazione allergica acuta a "tagli" o contaminanti dell'eroina illegale. Ma oggi, dato che è stato osservato anche con l'uso di preparazioni farmaceutiche, e anche dopo somministrazione orale, lo si considera essenzialmente una reazione individuale di tipo allergico, dovuta a un rilascio massiccio di istamina.[14]

Tossicità

Per tutti i farmaci, la risposta individuale è variabile, e dipende da fattori come la massa corporea e la composizione del corpo, ma anche dal sesso, dall'età, e soprattutto dalle caratteristiche genetiche, metaboliche, immunitarie e dallo stato generale di salute dell'individuo. Non si può quindi mai parlare in assoluto di "dose efficace", "dose tossica" o "dose letale" di un farmaco o di una "droga". Non c'è mai la *certezza*, con nessuna dose (per quanto piccola) di un farmaco, di non avere in *nessun* caso reazioni avverse o addirittura la morte. Così, specie nel

caso di farmaci marcatamente attivi, è particolarmente difficile individuare una dose che sia efficace nel maggior numero dei casi, ma che al contempo sia potenzialmente dannosa solo in un numero estremamente piccolo. Gran parte dei farmaci di uso comune offrono un alto grado di sicurezza, e le manifestazioni di tossicità alle dosi normali sono molto rare e in genere non gravi. Per alcuni invece l'indice di sicurezza è relativamente basso, e quindi la loro prescrizione deve essere fatta da esperti e il loro uso richiede controlli periodici.
Bisogna poi distinguere la *tossicità acuta* di un farmaco da quella *cronica*. La prima è quella che dipende dalla singola dose, o dall'accumulo di più dosi assunte in un breve intervallo di tempo (ore o giorni). In genere essa deriva dall'azione diretta del farmaco (o di suoi metaboliti attivi) a livello di processi fisiologici vitali, come la trasmissione degli impulsi nervosi, la contrazione muscolare, gli automatismi del circolo e della respirazione, la coagulazione del sangue, il trasporto dell'ossigeno, e così via. La seconda è quella che dipende dall'assunzione continuativa di un farmaco per un periodo di tempo prolungato (mesi o anni). In genere consiste nelle conseguenze dell'alterazione persistente di processi fisiologici e biochimici - indotta dal farmaco, da suoi metaboliti, o da meccanismi endogeni attivati dal farmaco - che alla lunga determina più o meno gravi danni strutturali, e di conseguenza più o meno gravi disordini funzionali, a livello di tessuti e organi.

Una precisazione

Deve essere chiaro che qui di seguito si parla solo della tossicità acuta e cronica degli oppioidi *puri* e di qualità farmaceutica, escludendo quindi gli errori di dosaggio, i possibili (anzi, inevitabili) effetti dannosi dei contaminanti delle "droghe di strada", nonché i problemi derivanti da modalità non appropriate di assunzione, dalla tecnica non corretta e dalla mancanza di igiene nelle iniezioni, dallo scambio di siringhe, ecc.

Tossicità acuta

La tossicità acuta degli oppioidi è molto diversa a seconda che il soggetto abbia sviluppato o meno *tolleranza* (v. sotto) a queste sostanze. A parte le rare reazioni allergiche individuali, di cui si è detto, la tossicità acuta degli oppioidi è essenzialmente legata a un involontario *sovradosaggio*, e si manifesta con depressione respiratoria, ipotensione, e sedazione profonda fino al coma. Nei casi gravi, in assenza di trattamento, una dose eccessiva di agonisti morfinosimili porta alla morte per insufficienza respiratoria o per collasso cardiocircolatorio (shock). La tossicità acuta degli oppioidi è significativamente aggravata dall'assunzione contemporanea di altre sostanze depressive del SNC, prima fra tutte l'alcool. I segni dell'*overdose*, cioè dell'intossicazione acuta da oppioidi, sono

tipicamente la *depressione respiratoria* (accompagnata da *cianosi* nei casi più gravi), l'*ipotensione*, l'*abbassamento della temperatura* e una *profonda sonnolenza* che può arrivare fino al *coma*. Si ricordi che una grave depressione respiratoria può manifestarsi in una persona solo parzialmente cosciente, che può ancora respirare volontariamente se gli si ordina di farlo, ma non lo fa spontaneamente. Tipico effetto degli oppioidi è poi la *miosi* (pupille "a punta di spillo"), e anzi l'associazione miosi, stupore o coma, depressione respiratoria è patognomonica dell'*overdose* da oppioidi (con l'eccezione della meperidina, che come si è visto, in dosi tossiche provoca dilatazione della pupilla). Come abbiamo già osservato, nell'*overdose* da morfina, eroina o metadone, l'eventuale riscontro di una pupilla dilatata è purtroppo segno del sopraggiunto danno cerebrale.
Secondo Jaffe, la minima dose di morfina che può essere "*seriamente tossica*" per *un adulto che non abbia sviluppato tolleranza* è di circa 30 mg per via parenterale o 120 mg per via orale. Se ne deduce che per l'eroina, sulla base della sua potenza relativa rispetto alla morfina (2-3 volte maggiore), la dose potenzialmente tossica per iniezione dovrebbe essere intorno ai 10-15 mg. La dose tossica di metadone per via orale è stimata a circa 40-60 mg. Molte variabili determinano comunque questa tossicità. Per motivi non del tutto chiari, lo stato di stress indotto dal dolore fisico rende una persona capace di tollerare dosi di morfina nettamente più alte di una persona in condizioni normali. Un consumatore abituale di oppioidi, a seconda del grado di tolleranza, può arrivare ad assumere senza danno dosi singole molto superiori (anche 100 e più volte) a quelle normalmente considerate letali. Per dare un'idea, in uno studio rimasto famoso, un soggetto dipendente ricevette ben 1,95 grammi di morfina per endovena in poco più di 2 ore (qualcosa come *390 volte* la dose "normale" e.v. di 5 mg) senza che si evidenziassero significative alterazioni del polso, della pressione arteriosa, e della respirazione.[15]

Tossicità cronica

Contrariamente all'opinione diffusa, la tossicità cronica degli oppioidi è praticamente trascurabile, sia a livello del sistema nervoso centrale che degli altri organi e apparati. Gli oppioidi puri possono essere assunti quotidianamente a dosi elevate anche per molti anni senza conseguenze significative - salvo i normali effetti collaterali, come la stitichezza. Sotto questo aspetto, insomma, si può tranquillamente dire che, a dispetto della loro fama, *gli oppioidi sono tra i farmaci in assoluto più sicuri e benigni*. Nessun altro tipo di analgesico, nemmeno i più blandi, può esser preso continuativamente ad alte dosi per lunghi periodi senza serie conseguenze - a seconda della specifica molecola e del dosaggio - per l'apparato gastroenterico, il fegato o il rene. Gli oppioidi sì. Esistono casi ben documentati di assunzione continuativa per decenni (come quello del dott. X, citato nell'*Introduzione*, che prese morfina per 62 anni) senza alcuna evidenza di danni

organici o alterazioni psichiche. Lawrence Kolb, uno dei più autorevoli studiosi della dipendenza da oppiacei fin dagli anni '20, afferma di aver visto consumatori di oppiacei rimasti in buona salute dopo aver usato da 0,2 a 2,6 g di morfina al giorno per periodi da 20 a 65 anni, e dice chiaramente che non ci sono prove per sostenere che le persone che usano regolarmente un oppiaceo di qualità farmaceutica (purché stiano attente a evitare infezioni da aghi e siringhe non sterili) abbiano una durata della vita minore di gruppi comparabili di non-consumatori. Persino in un convegno sponsorizzato dal governo americano, nel 1958, Harry Isbell - allora direttore dell'*Addiction Research Center* di Lexington (Kentucky) - dichiarò che alla luce dei dati della ricerca "*non è stato possibile confermare che la dipendenza da morfina causi di per sé dei danni fisici*".[16] Anche la Commissione Le Dain (Canada) - una commissione governativa e quindi, per definizione, prudente e attenta alle parole - si spinse a dichiarare nel suo *Final Report* (1973), con numerosi riferimenti alla letteratura scientifica: "*Non ci sono prove di alterazioni permanenti nelle funzioni cognitive e intellettuali dovute all'uso cronico di oppiacei. Né vi è alcuna indicazione di psicosi o altre rilevanti complicazioni psichiatriche causate da queste sostanze. (...) Sembra che pochi danni fisiologici permanenti derivino direttamente dall'uso cronico di oppiacei puri*".[17] E su questo punto, ancora oggi, tutti i "testi sacri" della medicina e della farmacologia sono praticamente unanimi. Dato che in genere la scarsa tossicità cronica degli oppioidi è assolutamente misconosciuta, e che al giorno d'oggi, particolarmente in Italia, una buona percentuale (forse la maggioranza) dei medici di famiglia hanno rinunciato a usarli nella terapia del dolore per paura di nuocere al paziente, mi permetto di dare in nota alcuni riferimenti precisi.[18]

A volte si pensa - e purtroppo anche molti medici pensano - che gli oppioidi possano essere usati solo nelle fasi avanzate del cancro, o addirittura solo negli ultimi giorni, quando "non c'è più niente da fare". Questo è un atteggiamento grave e irresponsabile, che rivela imperdonabile ignoranza oltre che mancanza di sensibilità e di capacità di immedesimazione nei confronti di chi soffre. Per fortuna negli ultimi anni esso è stato apertamente condannato, anche sulla stampa rivolta al grande pubblico, da parte di autorevoli specialisti della terapia del dolore.[19] Ma non si soffre solo per il cancro, e anzi esistono molte malattie croniche meno gravi ma non meno dolorose. Molto più del dolore acuto, il dolore cronico o ricorrente - anche di entità moderata - distrugge irreparabilmente la qualità della vita, e c'è qualcosa di assurdamente crudele nell'accettare che il dolore possa venir curato con la morfina quando un paziente ha davanti a sé solo pochi mesi di vita, ma non quando ha ancora davanti a sé molti anni. *Soffrire poche settimane o pochi mesi non va bene, ma soffrire molti anni sì: è questa la logica?* Secondo me, il medico che in questi casi, solo per la sua ignoranza e i suoi pregiudizi sulla "droga" e sulla "dipendenza", non è disponibile a usare gli oppioidi anche quando gli altri mezzi/farmaci si sono rivelati insufficienti (o,

perché no?, dannosi e mal tollerati), inganna e danneggia il paziente e tradisce l'arte medica. E i politici e i burocrati che fanno di tutto per scoraggiare l'uso di "stupefacenti" hanno almeno pari responsabilità.[20]

C'è infine un punto particolarmente delicato. Molti medici, per motivi etici o legali, hanno un'esagerata paura di accelerare la morte dei pazienti gravi con prescrizioni troppo liberali di oppioidi. Può essere infatti difficile distinguere fra la morte come conseguenza possibile ma non voluta dell'uso di oppioidi per il dolore, e una qualche forma di eutanasia, di suicidio assistito, o di facilitazione del suicidio. Il problema non può essere ignorato e merita una seria discussione, per la quale il sottoscritto non può essere la persona e questo libro la sede. In realtà, le esperienze recenti dimostrano che gli oppioidi (anche per lo sviluppo di *tolleranza* ai loro effetti più pericolosi, come la depressione respiratoria) in genere non accelerano la morte neanche nei pazienti terminali, ed è anzi possibile che la sedazione del dolore - migliorando l'umore, l'attività, l'alimentazione e il sonno - contribuisca piuttosto, oltre che a una migliore qualità, anche a un allungamento della vita. T.E. Quill e altri - che hanno discusso il problema etico e legale in un articolo recente, alla cui ampia bibliografia rimandiamo - nel rispondere alle lettere successivamente ricevute, scrivono: "*Siamo d'accordo (...) che gli oppioidi prolungano la vita molto più spesso che abbreviarla, e che essi contribuiscono in modo essenziale a una migliore qualità della vita*" anche se in qualche caso non si può escludere che essi "*creino la possibilità di una morte precoce come fuga da gravi sofferenze*".[21]

Le complicanze dell'uso di eroina "di strada"

Il più grave problema dell'uso di sostanze proibite - e una delle più serie conseguenze avverse del proibizionismo sulla salute non solo dei consumatori di queste sostanze, ma anche (attraverso la diffusione di malattie infettive) della popolazione in generale - nasce dall'impossibilità di ogni controllo di qualità sui beni prodotti e scambiati sul mercato illegale. Come è facile "prendere un bidone" acquistando incautamente un diamante da uno sconosciuto, così è facile prenderlo acquistando una sostanza chimica.

Usare eroina o altre droghe di strada comporta molti problemi, anche se deve esser subito chiaro che gran parte dei danni dell'uso di eroina illegale - a parte i possibili effetti avversi di cui si è parlato - non sono dovuti alla sostanza in sé ma agli errori di dosaggio, alla non sterilità, alla tossicità dei contaminanti, alla cattiva tecnica delle iniezioni e alle carenti condizioni igieniche.[22]

Il primo problema è l'*overdose*, di cui si è già ampiamente parlato. In realtà, non è mai stato chiarito se le cosiddette "overdosi" mortali da eroina siano sempre dovute a vero sovradosaggio, con la conseguente fatale depressione respiratoria, o se - almeno nei casi in cui la morte è quasi immediata - non si debba pensare

a reazioni individuali di tipo tossico-allergico non prevedibili, forse dovute all'eroina, forse a un contaminante. In certi casi, infatti, fra più persone che hanno diviso fra loro la stessa "droga", una sola ha avuto questo tipo di reazione fatale. Anche se è forse una leggenda metropolitana il famoso "taglio alla stricnina", le sostanze usate come "tagli" possono senz'altro essere di per sé dannose se iniettate endovena. Altri problemi sono legati alle pessime condizioni igieniche in cui spesso avviene l'assunzione. Le continue stimolazioni del sistema immunitario derivanti dall'esposizione ad agenti patogeni e ad antigeni di varia natura possono spiegare le alterazioni immunologiche che spesso si osservano nei consumatori di sostanze per via endovenosa. Ma le complicanze più serie sono quelle infettive, e molte più infezioni gravi sono legate all'uso endovenoso che a tutte le altre modalità di assunzione messe insieme. In effetti, se le iniezioni non sono fatte dopo aver disinfettato la cute, se la siringa e soprattutto la sostanza iniettata - come è purtroppo la regola - non sono sterili, il rischio è molto alto. Localmente si possono avere ascessi, flemmoni, ulcere, linfangiti, linfoadeniti, flebiti. Ma l'immissione in circolo di agenti patogeni può portare a infezioni sistemiche: oltre alle epatiti virali e all'AIDS, si hanno endocarditi, polmoniti, osteomieliti, setticemie, ascessi polmonari, epatici o cerebrali, meningiti, falsi aneurismi infettivi ("*a. micotici*"), e persino malaria, tetano, TBC, ecc.
A questo punto - per tornare alla politica - è opportuno sottolineare ancora una volta che i rischi di cui sopra sono in gran parte creati o almeno aggravati dal proibizionismo e dal fatto che queste sostanze - per il semplice fatto di esser lasciate al mercato illegale - si producono, si vendono e si consumano al di fuori di ogni controllo sanitario. Quando si parla di "riduzione del danno" si pensa proprio a tutto questo. Purtroppo questa denuncia, che non dobbiamo stancarci di fare, non cambia le cose. *Iniettarsi sostanze illegali, soprattutto in vena, può costare molto, molto caro.* E dare la colpa a coloro che hanno creato e mantengono una situazione immorale e inaccettabile non risolve assolutamente nulla.

Che cosa si può e si deve fare in caso di overdose

Qui si parlerà solo di *vera overdose da oppioidi*, cioè dell'assunzione di una dose di eroina o altri oppioidi troppo elevata, e quindi "tossica" in relazione al proprio stato di *tolleranza* (v. sotto). Ricordiamo ancora una volta, comunque, che sempre più spesso gli effetti dell'eroina sono molto aggravati dall'assunzione contemporanea di alcool o altre sostanze depressive del SNC.
Se si è soli, una vera *overdose* è spesso mortale. Ma se non si è soli, e se i compagni di avventura sanno cosa fare e non perdono la testa, ci sono buone possibilità di cavarsela. Con l'eccezione delle rare reazioni tossico-allergiche fulminanti di cui si è detto, in cui probabilmente non si fa in tempo a intervenire, nel caso di un

vero sovradosaggio di eroina (sonnolenza grave fino al coma, depressione respiratoria, pupille a punta di spillo) si devono seguire alcune semplici e precise regole. A parte che ovviamente si tratta di un obbligo morale, non bisogna aver paura di conseguenze legali nel soccorrere una persona che ha preso una dose eccessiva di droga, anche se proibita! E questo è ciò che si può e si deve fare.

La prima cosa è chiedere o far chiedere aiuto. Se possibile, chiamare subito un'ambulanza e specificare che si tratta di una (probabile) overdose da eroina. Se il soggetto è cosciente e può collaborare, bisogna cercare di tenerlo sveglio (costringerlo a muoversi!) e *sollecitarlo continuamente a respirare*, verificando che lo faccia. Può essere necessario insistere, perché non si rende conto di essere in pericolo! Se invece il soggetto è in coma e non collabora, il trattamento d'urgenza consiste nell'assicurarsi che le vie aeree siano libere e nell'effettuare la *respirazione artificiale bocca a bocca.*[23] In ogni caso, l'elemento fondamentale è la pronta somministrazione dell'antagonista naloxone *(Narcan®).* Quando si chiede soccorso, segnalare la necessità del *Narcan*! In genere se ne somministra 1 fiala (0,4 mg) sottocute, intramuscolo o meglio endovena, ripetendo la dose ogni 2-3 minuti, senza sospendere l'eventuale respirazione bocca a bocca, fino a che si osservano miglioramenti. *Se non si osserva una ripresa della respirazione spontanea dopo una dose totale di 10 mg (25 fiale da 0,4 mg), bisogna dubitare della diagnosi di avvelenamento da oppioidi.*[24] Si tenga tuttavia presente che il naloxone è meno efficace nell'*overdose* (molto rara) da pentazocina o buprenorfina.

Ci sono due punti a cui va prestata la dovuta attenzione:

- *la durata degli effetti del naloxone è di circa 30 minuti dopo somministrazione endovenosa; 2-3 ore dopo somministrazione sottocutanea o intramuscolare. È quindi spesso minore di quella degli oppioidi agonisti, e in particolare molto più breve di quella del metadone.* Non basta arrivare al risveglio del paziente, ma occorre tenerlo in osservazione anche dopo la ripresa (3-6 ore per l'eroina, 24-36 ore per il metadone), pronti a reintervenire perché può succedere che, finito l'effetto del naloxone, egli ripiombi rapidamente nello stupore e nella depressione respiratoria;
- in un soggetto in stato di dipendenza fisica da oppioidi, *un'alta dose di naloxone fa uscire dall'overdose, ma scatena una violenta sindrome da astinenza.* Per questo bisogna usare piccole dosi ripetute di *Narcan* fino a ottenere il risveglio e la ripresa della respirazione spontanea, *chiedendo comunque un intervento medico* per le fasi successive di recupero.

Il *Narcan* è in vendita in farmacia, senza necessità di ricetta medica, in fiale da 0,4 mg. *Non ha controindicazioni, non ha effetti tossici, e la sua sola azione farmacologica è quella di contrastare l'effetto degli oppioidi.*[25] I più saggi consumatori di eroina dovrebbero tener sempre qualche fiala di questo "salvavita" a disposizione per i casi di emergenza... Nella vera *overdose* da oppioidi, la sua efficacia è certa. Ma non bisogna aver paura di usarlo anche nei casi di overdose solo "probabile". Anche

se la diagnosi fosse sbagliata, non succederebbe nulla di grave: le iniezioni di *Narcan* semplicemente non farebbero alcun effetto.[26]

Oppioidi e malattia mentale, violenza, criminalità

Nell'immaginario popolare - di cui, purtroppo, colpevolmente partecipano anche medici, politici e responsabili dell'informazione - l'oppio e la morfina un tempo, e l'eroina oggi, sono spesso considerati "causa" di disturbi mentali, aggressività, violenza fisica e delitti. Nulla è più lontano dalla verità. Lawrence Kolb, uno dei primi psichiatri a occuparsi approfonditamente dell'uso non-medico di oppiacei fin dagli anni venti per conto del servizio di sanità pubblica degli Stati Uniti, afferma che le "*psicosi croniche*" conseguenti all'uso di oppiacei sono virtualmente inesistenti, e che al massimo si possono osservare disturbi temporanei durante le crisi di astinenza. A.Z. Pfeffer e D. C. Ruble, in uno studio condotto nel 1946 nel famoso ospedale-prigione di Lexington nel Kentucky, accertarono che l'incidenza di disturbi mentali era praticamente la stessa (circa il 2%) in un gruppo di circa 600 carcerati "*consumatori cronici di morfina*" e in un gruppo paragonabile di carcerati che non la usavano. Dopo approfondite analisi dei singoli casi - anche a mezzo dei classici *tests* diagnostici - la loro conclusione fu semplicemente che "*l'uso abituale di morfina non causa una psicosi cronica o un deterioramento intellettuale di tipo organico*". H. Isbell e H.F. Fraser citano uno studio di Brown e Partington del 1942 che confronta consumatori cronici di oppiacei e normali pazienti ospedalieri, e conclude che la dipendenza da morfina non causa alcuna riduzione nell'intelligenza. Anche l'immenso lavoro di G.H. Stevenson e collaboratori a Vancouver (1956), in cui si dedica ampio spazio ai problemi psichici dei soggetti dipendenti da eroina, confrontandoli sia con fratelli non dipendenti, sia con controlli non imparentati, conclude che "*l'asserzione comune che l'uso a lungo termine di eroina produce un deterioramento psichico*" non è supportata dai dati e dalle osservazioni: le caratteristiche psicologiche tipiche dei "tossicodipendenti" precedono in genere la dipendenza, e i disturbi di fondo restano poi inalterati, e anzi è semmai sorprendente che non si aggravino. In effetti, una vita vissuta fra piccoli crimini, carcere, insicurezza nel lavoro e ostilità rivolta alla (ma anche subita dalla) società non può certo far molto per migliorarli.[27]
Ma c'è di più. Non solo gli oppioidi non sono "causa" di disturbi mentali, ma addirittura potrebbero essere farmaci utili per *curare* alcuni di questi disturbi. Già Alfred R. Lindesmith ricorda che in Germania negli anni venti e trenta si usavano oppiacei in vari disturbi psichiatrici, pare con qualche successo, e la psicoanalista ginevrina M. A. Sechehaye nel suo famoso *Diario di una schizofrenica* parla di una serie di iniezioni di morfina alla sua paziente come dell'elemento che l'aiutò a sbloccare una situazione apparsa fino ad allora senza speranza.[28] Più recentemente, un importante simposio della Accademia delle Scienze di New

York è stato dedicato proprio al tema *Oppioidi e malattia mentale.*[29] Diversi interventi contengono osservazioni e riflessioni che, se confermate, avrebbero un'importanza quasi rivoluzionaria per la conoscenza e l'impiego medico degli oppioidi. Purtroppo non mi sembra che questi lavori abbiano avuto la risonanza e gli sviluppi che a mio avviso meritavano - forse per la loro implicita demolizione del mito degli oppioidi come droghe distruttive del corpo e della mente. Mi permetto quindi, pur in questo testo divulgativo, di riprenderne qualche punto. Karl Verebey, nella sua introduzione ai lavori, sottolinea che secondo le conoscenze correnti, alcuni disturbi psicologici potrebbero dipendere o essere aggravati da un alterato sistema endorfine-recettori, mentre è ormai lecito sostenere che uomini e donne "normali" sono costantemente sotto l'influenza di sostanze endogene simili alla morfina. Se i medici e il pubblico accetteranno questi dati di fatto, si potrebbero "*liberare gli oppiacei dallo stigma sociale e dalle restrizioni medico-legali che attualmente li identificano essenzialmente con la dipendenza*". Robert B. Millman ricorda l'uso empirico di eroina osservato nel Lower East Side di New York al tempo della "rivoluzione psichedelica" nella seconda metà degli anni sessanta, per sedare le crisi psicotiche acute allora frequenti dopo l'uso di allucinogeni o di forti dosi di marijuana in ambienti inappropriati o da parte di soggetti senza adeguata preparazione. Inoltre afferma che - come è evidente a chi lavora con pazienti mantenuti con metadone, che a volte sviluppano sintomi psicotici *non appena si cerca di sospenderlo* - ci sono molte prove per sostenere che spesso l'eroina deve essere considerata come un'auto-medicazione (e a volte l'unica disponibile "sulla strada") per alleviare non solo sindromi ansiose, ma anche vere e proprie psicosi più o meno latenti. Estremamente significativo e degno di riflessione è il fatto che alcuni pazienti raccontano come, alla loro prima esperienza con l'eroina, ebbero l'improvvisa sensazione che "*una parte mancante di loro stessi*" fosse stata finalmente rimessa a posto, determinando uno stato mentale che avevano in qualche modo "*atteso per tutta la vita*". D.W. Abse e colleghi parlano della loro esperienza, che data dal 1960, con pazienti anziani depressi e confusi, trattati con successo con oppiacei. Per esempio, ricordano il caso di un ricco signore di 87 anni, depresso, agitato, confuso, sempre preoccupato di essere derubato, che si alzava continuamente di notte per controllare se la porta era chiusa, in cura con vari sedativi e tranquillanti che l'avevano reso quasi stuporoso. Il dott. Abse, consultato dal medico di famiglia, gli prescrisse morfina in sciroppo e il paziente rifiorì, riprese a collaborare con chi si curava di lui e a occuparsi di nuovo dei suoi affari! Invece dei sei mesi che gli erano stati dati, visse - e soprattutto, visse discretamente bene - altri due anni. Secondo Abse è possibile che certe sindromi cerebrali croniche, e in particolare la *demenza associata a depressione negli anziani*, possano dipendere da deficienze del sistema endorfinico, e che l'uso di oppioidi possa correggere questo disequilibrio. Nell'insieme, le esperienze presentate al convegno di New

York aprono promettenti strade di ricerca, e nelle sue conclusioni Verebey si augura che in un prossimo futuro diventerà possibile perseguirle. Purtroppo, fino ad oggi, a 17 anni di distanza, forse perché i fondi per la ricerca sugli oppioidi sono soprattutto allocati per filoni più in linea con le politiche ufficiali, non mi risulta che queste strade siano state nemmeno iniziate. Verebey sottolinea anche che, nell'uso a lungo termine, gli oppioidi sono probabilmente più sicuri dei classici farmaci antipsicotici, e che inoltre i loro effetti anti-aggressione li rendono molto interessanti per il trattamento di pazienti violenti, considerando che non esistono farmaci specifici per queste condizioni.[30]

E questa osservazione ci porta direttamente al tema dell'aggressività e della violenza, su cui darò solo, vista la complessità del problema, qualche elemento. Un conto sono le caratteristiche farmacologiche degli oppioidi, e un altro conto è quello che la *vox populi* attribuisce ai "drogati". La letteratura scientifica è praticamente unanime: gli oppioidi sono efficaci sedativi dell'aggressività e il consumatore di eroina, quando è sotto l'effetto della sua dose, è calmo, di buon umore, amichevole, tollerante, in pace con se stesso e con il mondo e desideroso solo di esser lasciato in pace. Non ha nessun motivo e nessuna spinta interiore per "attaccar briga": le cose gli appaiono star bene come sono. Nella chiara sintesi della Commissione Le Dain: "*Oltre a ridurre l'angoscia del dolore (...) gli oppiacei tendono a diminuire le altre motivazioni primarie associate con il sesso, il cibo, e l'aggressione*". E più avanti, con numerosi riferimenti bibliografici: "*Sembra che vi sia consenso fra i medici, le autorità di polizia e i ricercatori, oltre che fra gli stessi consumatori di oppiacei, che pochi - se mai ne esistono - sono i crimini di violenza che direttamente derivano dall'uso di narcotici oppiacei*".[31]

Gli oppiacei possono, a volte, esser visti come auto-medicazione per reprimere istinti aggressivi incontrollabili. Ancora nel citato Simposio della *New York Academy*, E.J. Khantzian presenta il caso di un ventinovenne dipendente da eroina, con una storia di uso di amfetamine e di gravi episodi di violenza. Proveniente da un'agiata famiglia, fin dall'adolescenza - prima di "scoprire" l'eroina - si era spesso trovato coinvolto in episodi di violenza e di sadismo immotivati, da cui era regolarmente uscito scosso, spaventato e depresso, conscio di non essere in grado di controllarsi. Invece, in seguito, l'eroina lo aveva tranquillizzato, calmato, gli aveva dato una specie di ordine interno, e lo aveva messo in grado di lavorare normalmente. Secondo Khantzian, l'effetto anti-aggressione degli oppiacei è fondamentale per spiegarne in molti casi la spinta all'uso regolare. Certe persone hanno una lunga storia di aggressività incontrollabile, fonte di profonda sofferenza, prima dell'incontro con l'eroina. A queste persone l'eroina offre, più che un'euforia "positiva", un sicuro sollievo della profonda, grave disforia associata con impulsi inaccettabili ma incontrollabili di irascibilità e violenza verso gli altri. Per questo tipo di persone, secondo Khantzian, "*il fascino dei narcotici è legato al loro effetto anti-aggressione*".[32]

Il discorso sulla criminalità ha invece aspetti diversi. Quello che in generale si può escludere, sulla base di ciò che si è detto, è che gli oppiacei possano di per sé *spingere* i "drogati" a crimini violenti. Una persona sotto l'effetto dell'eroina non solo non ha motivo, ma neppure si sente in grado di compiere un atto che implica il confronto fisico diretto con un'altra persona. Ma chi diventa dipendente da eroina ha un continuo bisogno di soldi, e se non riesce a mantenere un lavoro ben pagato (alcuni lo fanno) o non ha alle spalle una famiglia benestante, in genere finisce per ricorrere all'accattonaggio, al piccolo spaccio o ai furti. Durante le crisi di astinenza, gli eroinodipendenti stanno molto male - e il loro è uno star male ingigantito da un precario equilibrio psicologico e da irrisolti problemi intimi. In questa fase diventano ansiosi, irritabili, in preda alla paura o addirittura alla disperazione, e la loro aggressività naturale, non più messa a tacere dall'eroina, può esplodere anche al di là del voluto. Probabilmente ciò avviene molto più spesso nei confronti di familiari - come insegnano le cronache, i genitori in particolare - verso cui possono esservi profondi sentimenti di ostilità e di risentimento, che non di estranei. Ma l'urgenza del malessere rapidamente crescente può certamente spingere qualcuno, psicologicamente predisposto, a compiere atti anche sproporzionatamente violenti per ottenere denaro. Alcuni, poi, sono dediti ad atti criminali già prima di iniziare l'uso di eroina (e magari, anche di altre sostanze), e certo la nuova abitudine non li aiuterà a cambiare vita.

Tolleranza e dipendenza

Questi termini, che non riguardano solo gli oppioidi e le altre "droghe" ma anche molti farmaci e (come si vedrà) altre cose, sono spesso usati a sproposito o in modo confuso e ambiguo. Farò del mio meglio per esaminarne tutti gli aspetti. In realtà, mentre la *tolleranza* è abbastanza facilmente definibile, il concetto di *dipendenza* ha aspetti particolarmente complessi e delicati. Si distinguono spesso una "dipendenza fisica" e una "dipendenza psichica", di cui le diverse sostanze - e fra queste tipicamente gli oppioidi - sarebbero in varia misura responsabili. Qui di seguito si accennerà solo, sinteticamente, agli aspetti più strettamente biologici della dipendenza fisica. L'intero capitolo seguente sarà invece dedicato a un approfondimento, e prenderà in esame anche la dipendenza psichica.
In sintesi, dobbiamo pensare a tolleranza e dipendenza come a *fenomeni graduali di adattamento* dell'organismo, collegati alla *persistente* esposizione ad una sostanza estranea, farmacologicamente attiva, che interferisce con gli equilibri biologici - o, nel caso specifico, neurobiologici - preesistenti.[33] E fin d'ora sia chiaro che non si sviluppano né tolleranza né dipendenza clinicamente rilevanti a seguito di

singole somministrazioni di una sostanza sufficientemente distanziate nel tempo, neppure se questa sostanza è l'eroina.

Omeostasi

Almeno una parte del processo di risposta adattativa ai farmaci (compresi ovviamente gli oppioidi) è da mettere in relazione a un meccanismo biologico fondamentale: il cosiddetto mantenimento dell'*omeostasi*. Un organismo vivente risponde agli stimoli di qualsiasi natura con una serie di controreazioni che tendono in qualche modo a contrastare e minimizzare gli effetti perturbatori di questi stimoli sull'equilibrio esistente nel suo "ambiente interno". Ciò gli consente di mantenere e difendere la sua efficienza biologica nei confronti dell'ambiente esterno, con cui deve continuamente interagire per sopravvivere. La somministrazione di oppioidi esogeni, come la morfina o l'eroina, viene subita dall'organismo come un brusco aumento dei livelli delle endorfine, e va quindi a interferire brutalmente con i sistemi di autocontrollo delle attività del sistema nervoso centrale (e, probabilmente, non solo di questo) normalmente modulate dai peptidi oppioidi endogeni. L'organismo cercherà quindi di porre rimedio agli equilibri turbati: se gli oppioidi tendono a deprimere (o eccitare) certe funzioni nervose, l'organismo tenderà a mettere in atto dei contromeccanismi di tipo eccitatorio (o inibitorio). Se la somministrazione di oppioidi esogeni viene regolarmente ripetuta a brevi intervalli, è probabilmente tutto il delicato (e ancora pochissimo conosciuto) equilibrio del cosiddetto *sistema endorfinico* a venire più o meno profondamente alterato.

Tolleranza

Concettualmente, la *tolleranza* a un farmaco è semplice da comprendere. È la riduzione degli effetti del farmaco, a parità di dose, dopo un certo numero di somministrazioni ravvicinate nel tempo. Ciò si riflette nella necessità di aumentare la dose per continuare a ottenere uguali effetti. La somministrazione ripetuta di oppioidi a brevi intervalli (ore) lungo un periodo relativamente prolungato (da giorni a settimane), determina la diminuzione o scomparsa di alcuni dei loro effetti caratteristici. Il soggetto, a parità di dose, non reagisce più allo stesso modo. I primi a ridursi o scomparire sono effetti collaterali sgradevoli come la nausea e il vomito, ma anche la depressione respiratoria tende ad attenuarsi, e con lo sviluppo della tolleranza il soggetto avrà un rischio molto minore di andare incontro a un sovradosaggio fatale, cosa molto importante nella terapia antalgica a lungo termine. La tolleranza si sviluppa anche per le sensazioni di euforia e per gli effetti analgesici. Il "fantastico benessere" che le persone particolarmente attratte dalla morfina o dall'eroina provano nei primi tempi scompare molto rapidamente con l'uso quotidiano: si può ritrovarlo per un po' con un aumento delle dosi, ma inevitabilmente tende a ridursi molto nel tempo. Anche l'uso di oppioidi nel dolore cronico richiede in genere un graduale aumento delle dosi, *non necessariamente in risposta a un aggravamento del dolore*. In molti

casi, comunque, si raggiunge in qualche settimana un dosaggio di *plateau*, oltre il quale non si ha più, per molto tempo, necessità di salire. Fortunatamente, come si è visto più sopra, non ci sono problemi clinici - anche se persistono remore psicologiche e (purtroppo) timori di andar contro la legge - ad aumentare nel tempo indefinitamente la dose quotidiana di oppioidi nel trattamento del dolore cronico. Curiosamente, non si sviluppa mai una completa tolleranza agli effetti degli oppioidi sulla pupilla (miosi) e sull'intestino (stitichezza).
Nell'uso non-medico di eroina, la tolleranza agli effetti euforizzanti (cioè la netta riduzione o la totale scomparsa dell'euforia dopo il *buco*) è responsabile del rapido aumento delle dosi che spesso travolge - soprattutto per i suoi risvolti economici - l'eroinodipendente che insegue la vana speranza di ritrovare il paradiso perduto della *luna di miele*. Questa è la trappola dell'eroina per chi vi investe tutto se stesso. Proprio quando si pensa di non poter più vivere senza, e ci si lascia andare all'uso continuativo, gli effetti più piacevoli cominciano a ridursi, finché scompaiono e non si ritroveranno mai più, mentre l'eroina diventerà sempre più necessaria per evitare malessere e sofferenza. Con il tempo, quasi tutti i consumatori cronici di eroina tendono a mutare profondamente il loro giudizio sulla sostanza e sulla positività dei suoi effetti. Quella che all'inizio era apparsa come una vacanza in paradiso, diventa solo una fatica di Sisifo per sfuggire all'inferno. Tutto ciò che a questo punto si avrà dall'eroina sarà solo un rapido ma precario sollievo dai temuti sintomi dell'astinenza, e il fuggevole recupero di uno stato di grigio, stanco benessere, o solo non-malessere.[34] E a questo si aggiungerà l'incubo dei dannati soldi - tanti soldi - da trovare ogni giorno, più volte al giorno. Invece, nell'uso occasionale e saltuario di eroina - che sembra essere molto più frequente di quanto comunemente si creda[35] - non si sviluppa mai una marcata tolleranza, e gli effetti piacevoli sull'umore e sullo stato mentale possono permanere a lungo inalterati, senza nessuna necessità di aumentare le dosi.

Dipendenza

Il prossimo capitolo sarà dedicato a una discussione più approfondita di questo concetto che, nonostante la sua complessità e anche ambiguità, viene di solito dato per ovvio e scontato, e il cui significato non viene in alcun modo approfondito.[36] In genere si distinguono due fenomeni molto diversi. Si parla di *dipendenza fisica*, fenomeno con aspetti biologici e clinici obiettivi, e di *dipendenza psichica*, fenomeno meno definito, poco misurabile, sfuggente, e soprattutto - per quanto riguarda le sostanze "proibite" - in gran parte legato a specifiche e contingenti circostanze sociali e legali. Parleremo qui di seguito solo della prima, il fenomeno più semplice, che si può considerare un puro adattamento neurobiologico in risposta alla somministrazione cronica di oppioidi. Tuttavia, la *dipendenza fisica* non riguarda in alcun modo solo gli oppioidi, e per capirci meglio, possiamo cominciare con un esempio diverso.

Quando si somministrano cronicamente a un paziente alte dosi di corticosteroidi[37], si instaura una sequenza di eventi tipica dei meccanismi biologici di *mantenimento dell'omeostasi*. L'ipotalamo e l'ipofisi rilevano la presenza di alti livelli di corticosteroidi nel plasma. L'ipofisi anteriore viene indotta a ridurre la produzione di ACTH, l'ormone che stimola la produzione di corticosteroidi nelle ghiandole surrenali. Il surrene riduce quindi la sua produzione di ormoni (col tempo, se la situazione persiste, può andare incontro ad atrofia). Se sospendessimo di colpo la somministrazione di corticosteroidi in un paziente che li ha presi per un periodo prolungato, si verificherebbe una grave crisi di *insufficienza surrenalica acuta* per l'improvvisa mancanza dei "normali" livelli di cortisolo. Questo perché l'organismo è diventato *dipendente* dallo steroide esogeno al punto da non produrre più una sufficiente quantità di ormone endogeno. Dopo una cura prolungata con corticosteroidi, il recupero funzionale dell'asse ipofisi-surrene può richiedere parecchi mesi, durante i quali si dovrà ridurre a poco a poco la dose quotidiana di farmaco. Così, l'organismo risponderà alla progressiva diminuzione dei livelli ormonali nel sangue con un graduale aumento della produzione endogena di cortisolo, fino a recuperare l'equilibrio *naturale*. Ma perché questo recupero sia davvero totale ci vuole molto tempo: anche per 1-2 anni dopo la fine della terapia steroidea, un paziente può richiedere dosi supplementari "protettive" di corticosteroidi in situazioni di grave stress (traumi, gravi infezioni, interventi chirurgici) perché non è ancora in grado di rispondere ad esigenze straordinarie con le sue sole risorse.

In qualche modo, un fenomeno analogo si verifica a seguito della somministrazione *cronica* di morfina, eroina o qualunque altro oppioide agonista, anche se il meccanismo di regolazione sembra essere molto più complesso che nel caso del cortisone e non si tratta certamente di una semplice regolazione a *feed-back*. La specificità e l'univocità della sindrome da astinenza da oppioidi fa pensare che vi sia un vero e proprio *adattamento fisiologico* dell'organismo a un certo livello di saturazione e/o di risposta dei recettori. Ciò a sua volta determinerebbe l'evolversi di una complessa risposta integrata dei diversi sistemi coinvolti, che porta a uno stato di equilibrio neurobiologico nuovo e diverso da quello che precedeva l'assunzione regolare di oppioidi. A questo punto, l'eventuale improvvisa alterazione di questo nuovo equilibrio, a seguito di una brusca sospensione del farmaco, provoca una serie di reazioni più o meno violente, in parte oggettivamente dimostrabili, e soggettivamente vissute come grave sofferenza (*crisi da astinenza*).

Sotto certi aspetti, la dipendenza fisica da oppioidi non è che l'altra faccia della tolleranza. Man mano che prendiamo oppioidi, il nostro organismo "si abitua" e mette in atto contromisure, diventando per così dire meno sensibile e meno reattivo (*tolleranza*), ma anche imparando a funzionare normalmente solo in presenza del farmaco (*dipendenza*). Una dose che inizialmente avrebbe provocato

gravi alterazioni (per esempio forte depressione respiratoria) con questa *assuefazione*, come si diceva un tempo, diventa tollerabile e non-tossica. Nello stesso tempo, però l'organismo impara a convivere con un certo equilibrio fra concentrazione dell'agonista e saturazione/risposta dei recettori. Raggiunge una sua normalità di funzionamento (solo) in presenza di alte concentrazioni di una sostanza estranea come la morfina o l'eroina, e probabilmente riduce la sua produzione di peptidi oppioidi endogeni (*dipendenza*). Se, a questo punto, il nuovo equilibrio viene alterato bruscamente dalla improvvisa sospensione della somministrazione della "droga" - proprio come l'organismo non *tollerante* risponderebbe con una forte sofferenza all'improvvisa somministrazione di una dose elevata - l'organismo *dipendente* si trova in una situazione anomala da riequilibrare, e passa quindi attraverso una fase critica di sofferenza e disordine. Abbiamo detto che la dipendenza fisica si manifesta con la comparsa di una sindrome clinica (*sindrome da astinenza*) all'improvvisa sospensione del farmaco. Ciò significa che, se una persona prende varie volte al giorno, per un certo tempo, un oppioide agonista e poi ne sospende bruscamente l'assunzione, entro poche ore dalla cessazione degli effetti del farmaco si manifestano ben definiti segni e sintomi di privazione, che pur non essendo pericolosi per la vita, sono particolarmente marcati e sgradevoli. Per lungo tempo la crisi da astinenza è stata considerata una finzione o almeno un'esagerazione di pazienti che volevano dimostrare a tutti i costi di aver bisogno di morfina. Oggi non la si considera più tale. In genere, qualunque persona che ha ricevuto oppioidi abbastanza a lungo per la terapia del dolore, sviluppa - insieme alla tolleranza - un certo grado di dipendenza fisica. Deve però esser chiaro che questa, di per sé - soprattutto considerando la bassa tossicità cronica degli oppioidi - significa poco o nulla. Il paziente che a un certo punto non ha più bisogno di analgesici, può superarla facilmente e senza disturbi con una riduzione *graduale* delle dosi (molto più rapida che con il cortisone!). Come si è già osservato, queste persone, anche dopo l'uso prolungato di oppioidi, non sviluppano quasi mai quel tipo di dipendenza psichica che porta alla ricerca del farmaco al di là della necessità clinica.

La sindrome da astinenza

La sindrome (o *crisi*) da astinenza (*withdrawal syndrome*) da oppioidi, da un punto di vista clinico, è un insieme di segni e sintomi con un'evoluzione temporale caratteristica, che può assumere soggettivamente una qualsiasi gradazione fra il moderatamente fastidioso e l'assolutamente intollerabile. In genere - contrariamente a quanto si riteneva un tempo, e contrariamente all'astinenza da alcool o barbiturici - essa non mette a repentaglio la vita del paziente (a meno che questi non sia per altri motivi in precarie condizioni fisiche) e non lascia strascichi

fisiologici. Al di là dei segni obiettivi, la sindrome da astinenza è invece quasi sempre marcata da seri disturbi psichici, tra cui predominano l'ansia e la depressione, spesso gravi e profonde.[38] Come è intuitivo, la sua interpretazione soggettiva può assumere un significato molto diverso a seconda della situazione e della motivazione del soggetto. La crisi può quindi essere vissuta come violenza crudele imposta dall'esterno, come dura ma necessaria esperienza, come prova positiva di autocontrollo, o magari come purificazione salvifica. Del ruolo della crisi da astinenza - o meglio del tentativo di evitarla - nella genesi e nel mantenimento della dipendenza, si dirà nel capitolo seguente. In ogni caso, una vera crisi di astinenza - non un semplice senso di più o meno vago malessere per un paio di giorni - si manifesta solo dopo l'uso regolare di eroina, più volte al giorno, per almeno qualche mese.

La crisi da astinenza comincia in modo blando, con sintomi essenzialmente psichici (ansia, irrequietezza, tensione, irritabilità) che però diventano rapidamente difficili da sopportare, anche perché certamente sapete che è solo l'inizio... Entro 8-16 ore dalla fine degli effetti dell'ultima dose, iniziano i disturbi fisici. Si comincia con sbadigli, sudore, lacrimazione. Vi cola il naso come se aveste improvvisamente il raffreddore. Le pupille si dilatano. A tratti, brividi e pelle d'oca. Purtroppo - mentre vi agitate sempre di più, e se veramente non avete potuto (o voluto) prendere un'altra dose, cominciate a sentirvi così male che vi sarà d'ora in poi difficile andare a cercarla di persona - questi sintomi non scompaiono, ma continuano ad aggravarsi. Sì, sono come una brutta influenza, ma qui l'aspirina non serve a niente, e il riposo a letto non dà conforto.

Nel giro di 36 ore, in cui praticamente non siete riusciti a chiudere occhio, e siete stati raggomitolati nel letto in una condizione pietosa e con i pensieri più neri, si passa a crampi alle gambe, scosse muscolari che vi fanno improvvisamente scalciare (ecco perché in America si diceva *kicking the habit*), dolori addominali, diarrea, vomito... Siete sempre più agitati, e vi sentite a terra, incapaci di tirarvi fuori. È il momento veramente difficile, specialmente se è stata una vostra decisione volontaria, perché sapete benissimo che in cinque minuti un bel buco di *ero* vi tirerebbe fuori dalla merda e vi innalzerebbe al settimo cielo. Se la crisi deriva da una vostra decisione di disintossicarvi, anche se siete molto motivati, avete paura di non farcela... Ma su un punto potete star tranquilli: ne uscirete vivi e "normalmente" in salute, senza danni permanenti di nessun genere. Da un punto di vista freddamente clinico, in questa fase si possono osservare aumento della temperatura, della pressione arteriosa, del ritmo respiratorio, del metabolismo basale, della glicemia. Tutto questo continua e raggiunge un picco verso le 48-72 ore (che sono 2 o 3 lunghissimi, eterni, giorni e notti), poi comincia a risolversi. Pian piano i sintomi diventano meno violenti e fastidiosi, ricominciate a dormire un po', anche se il desiderio - una parola troppo blanda per la tensione, quasi l'*urlo*, di tutto il vostro corpo - di eroina è sempre molto

intenso... Ma se il vostro caso è che avete affrontato volontariamente una disassuefazione *cold-turkey*, a tacchino freddo, questo è il momento in cui capite che ne uscirete distrutti, stremati, ma vivi. E a posto.
Ci vogliono da 5 a 8 giorni per ristabilirsi decentemente, per riprendere a mangiare e a dormire. Molto più tempo, naturalmente, per uscirne psicologicamente, se era questo il vostro obiettivo. Col metadone, la crisi è meno violenta ma anche molto più prolungata, per cui secondo gli esperti (teorici e pratici) può essere più facile uscire fisicamente dall'eroina che dal metadone.
Quella che ho descritto è la classica crisi *acuta* da astinenza. Per amor di completezza, voglio ricordare che negli ultimi anni è stata evidenziata negli ex-eroinodipendenti, dopo la disassuefazione, una sindrome *protratta* da astinenza, che perdura in modo subdolo anche per molti mesi dopo la cessazione dell'uso, e che può forse almeno in parte spiegare la frequenza delle ricadute.[39]

Bibliografia essenziale per questo capitolo:
Bowman W.C.-Rand M. J. 1980; Brecher E.M. 1972; Canadian Commission 1973; Goodman Gilman A. et al. (eds) 1970, 1985 e 1990; Lowinson J.H. et al. (eds) 1992 e 1997; Stimmel B. 1975; Terry C.E.-Pellens M. 1928.

Note

1. de Ridder M. 1994. Heroin: new facts about an old myth. *Journal of Psychoactive Drugs* 26:65-8.

2. Leong Way E. in: Stratton Hill C.-Fields W.S. (eds) 1989, p. 48; Goodman Gilman A. et al. (eds) 1990, p. 486; Lowinson J.H. et al. (eds) 1992, p. 196; Weitz C.J.-Faull K.F.-Goldstein A. 1987. Synthesis of the skeleton of the morphine molecule by mammalian liver. *Nature* 330:674-7; Goldstein A.-Barrett R.W-James I.F. et al. 1985. Morphine and other opiates from beef brain and adrenal. *Proc Natl Acad Sci USA* 82:5203-7.

3. Kramer J.C. 1977. Heroin in the treatment of morphine addiction. *Journal of Psychedelic Drugs* 9:193-7.

4. Ricordo il caso forse più drammatico: in California, nei primi anni '80, fu venduto come "eroina sintetica" un derivato fenil-piperidinico mai identificato, contenente un'alta percentuale di un intermedio di lavorazione, l'MPTP, specificamente tossico per le cellule della *substantia nigra* del cervello. Molti consumatori furono così colpiti irreversibilmente da una sindrome simile al morbo di Parkinson (v. Langston J.W.-Palfreman J. 1996).

5. Cioè con sottilissimi cateteri (epidurali o intratecali) inseriti direttamente nel canale spinale, attraverso i quali si può iniettare l'analgesico per mezzo di un dispositivo a pompa, programmabile o controllato dal paziente.

6. Tutte le sostanze assorbite dal tubo digerente passano necessariamente attraverso il fegato, dove possono subire dei processi di trasformazione o di inattivazione.

7. Nelle chiare parole del *Final Report* (1973) della Commissione Le Dain (p. 308): "*La morfina (...) a differenza degli analgesici e sedativi non-narcotici può spesso controllare il dolore grave a dosi che non necessariamente producono marcata sedazione, evidente intossicazione o significative alterazioni della coordinazione motoria, delle funzioni intellettuali, del controllo emotivo e del giudizio.*"

8. De Conno F.-Foley K. 1995, p. 17; si veda anche Twycross R.G.-Lack S. 1991, p. 3.

9. In una lettera al *New England Journal of Medicine*, J. Porter e H. Jick dell'Università di Boston sintetizzano i risultati di uno studio prospettico volto a determinare l'incidenza di dipendenza psichica (*addiction*) fra i pazienti trattati con oppioidi contro il dolore. Su 39.946 pazienti ospedalizzati consecutivamente, 11.882 avevano ricevuto oppioidi almeno una volta. Su questi 11.882 pazienti, furono osservati solo 4 casi di *addiction* in persone senza antecedenti di dipendenza, e solo uno di questi casi si rivelò "grave" (Porter J.-Jick H. 1980. Addiction rare in patients treated with narcotics. *N Engl J Med* 302:123). Si veda anche Kanner R.M.-Foley K.M. 1981. Patterns of narcotic drug use in a cancer pain clinic. *Ann. N.Y. Acad. Sci.* 362: 161-72.

10. Questi centri, situati nel bulbo, rispondono a due diversi stimoli: la concentrazione di anidride carbonica (CO_2) nel sangue e l'ipossia (carenza di ossigeno). Normalmente, se la concentrazione di ossigeno è bassa o quella di anidride carbonica è alta, la respirazione viene stimolata. Gli oppioidi provocano una forte diminuzione della risposta bulbare alla concentrazione di CO_2. In questi casi, la respirazione spontanea si mantiene soprattutto per lo stimolo dell'ipossia: somministrare ossigeno a un paziente in *overdose* può quindi essere fatale, perché si elimina l'ultimo stimolo che lo fa respirare da solo.

11. Fa eccezione l'intossicazione da meperidina, in cui si ha dilatazione della pupilla.

12. E.J.Simon in: Lowinson J.H. et al. (eds) 1997, p. 153.

13. Non è possibile descrivere a parole una sensazione. Ma, mettendo insieme varie descrizioni, si può avere un'idea di come il *flash* viene vissuto dai consumatori di eroina per via endovenosa. Si tratta di una sensazione molto intensa, che inizia pochi secondi dopo il "buco", si sviluppa durante un minuto o poco più, e le prime volte può anche far paura. Una specie di vibrazione profonda e ineluttabile, una vampata di calore (probabilmente spiegabile con la vasodilatazione indotta dagli oppioidi) che inizia, come da lontano, nella regione dello stomaco, e poi si espande, si gonfia, sale, in una specie di spinta crescente verso l'alto - fino a esplodere dentro la testa come un vulcano. E a questo punto si trasforma di colpo in rilassamento, soddisfazione, pace, isolamento, beatitudine, galleggiare via... L'ovattata euforia dell'eroina, il non esser più toccati dal

mondo, l'indolente inerzia del corpo mentre la mente vola via libera, senza più tensioni, senza più desideri... Alcuni paragonano il *flash* a un orgasmo sessuale, ma più prolungato e diffuso a tutto il corpo. Per altri è solo una sensazione caratteristica, molto particolare, ma che non si può definire come particolarmente "piacevole" in sé, e che è comunque *qualitativamente* diversa dall'orgasmo. Non c'è probabilmente modo di avere idee più precise o una descrizione valida per tutti: del resto, per tutti gli effetti degli oppioidi esistono tutte le gradazioni di "gradimento" e di reattività individuale. Il significato speciale che il *flash* può assumere per il tossicodipendente, sempre oscillante fra "star bene" e "star male", e dominato (già prima di iniziare con l'eroina) da forti tensioni interne che lo fanno profondamente soffrire, non può essere sottovalutato. Qualche ricercatore è arrivato a dedurre che il *flash* è così irresistibile da essere il primo fattore scatenante della dipendenza. Io non lo credo, o almeno credo che possa esserlo solo in pochi casi, se non altro perché innumerevoli persone sono diventate dipendenti da oppioidi senza mai iniettarli endovena (e quindi senza mai provare il *flash*) e viceversa, molte persone si iniettano eroina in vena occasionalmente, magari più volte alla settimana per anni, senza diventare dipendenti (Fort J.P. 1954. Heroin addiction among young men. *Psychiatry* 17:251-9; Chessick R.D. 1960. The "pharmacogenic orgasm" in the drug addict. *Arch. Gen. Psychiatry* 3:545-56; Kolb L. 1962, p. 99-100; Rado S. Narcotic bondage: a general theory of the dependence on narcotic drugs. In: Hoch P.H.-Zubin J. (eds) 1958, p. 27-36; Brecher E.M. et al. 1972, p. 12-13; Stewart T. 1987, p. 29).

14. Brettle R.P. Complications of drug use. In: Weatherall D.J. et al. (eds) 1996, p. 4283.

15. Light A.B.-Torrance E.G. 1929. The effects of intramuscular and intravenous administration of large doses of morphine in human addicts. *Arch. Intern. Med.* 44:376-94.

16. Kolb L. 1962, p. 117, 119; H. Isbell in: Livingston R.B. (ed) 1963, p. 118.

17. Canadian Commission 1973, p. 309. Anche un documento ufficiale sulla "guerra mondiale" contro le droghe, come l'*International Narcotics Control Strategy Report* pubblicato nell'aprile di ogni anno dal Dipartimento di Stato americano, non offre grande supporto logico per giustificare la guerra all'eroina come difesa della salute. Nel rapporto 1993 (p. 6), si legge: " *(...) le organizzazioni latinoamericane di trafficanti sembrano guardare all'eroina come alla droga degli anni '90. Al contrario di stimolanti come la cocaina, (...) un sedativo come l'eroina può essere usato per decenni o periodi più lunghi [decades or longer periods]*". A parte quel "*periodi più lunghi*" di decenni (secoli, forse?), questo non sembra un forte argomento da parte di chi sostiene che l'eroina è una sostanza terribilmente distruttiva... Nei rapporti degli anni successivi si devono esser accorti di una simile svista, ma le espressioni trovate non sono molto più efficaci. Questa è l'ultima versione: "*Mentre l'uso regolare di cocaina può distruggere un tossicomane in cinque anni, la dipendenza da eroina può durare un decennio o più. Alcuni famosi eroinomani sono noti per aver conservato la facciata di una vita normale per gran parte della vita. Finché gli eroinomani hanno accesso a una dose di mantenimento, possono funzionare. Alcuni possono persino funzionare in modo apparentemente normale*". Una riga più sotto, si solleva l'allarme sui nuovi consumatori di eroina, "*ignari delle sue devastanti conseguenze*" (dal Report 1998, disponibile su Internet, paragrafo "*Policy and Program Developments*").

18. Nell'ultima edizione del famoso *Cecil Textbook of Medicine*, C.P. O'Brien scrive: "*Gli oppioidi di per sé sono sorprendentemente non-tossici anche quando sono usati quotidianamente a dosi elevate per molti anni*" (Bennett J.C.-Plum F. (eds) 1996, p. 52-3; v. anche le precedenti edizioni: Beeson P.B. et al. (eds) 1979, p. 696; Wyngaarden J.B.-Smith L.H. (eds) 1988, p. 56). Nel "classico" *Goodman-Gilman's* (7th ed. 1985, p. 542), J.H. Jaffe sottolinea che l'esperienza nel mantenimento con metadone dimostra che "*una buona salute e una vita produttiva non sono incompatibili con l'uso regolare di oppioidi*" (considerazioni simili si ripetono nelle diverse edizioni: 4th ed. 1970, p. 286; 8th ed. 1990, p.532-3). Il *Goth's Medical Pharmacology* (Clark W.G. et al. 1988, p. 339) afferma: "*Non ci sono prove che gli oppiacei producano danni organici al sistema nervoso centrale o a qualunque altro organo, anche dopo anni di uso continuo*". Secondo K.L. Melmon e H.F. Morrelli (1978, p. 1015), "*Si deve sottolineare che l'uso cronico di oppiacei è del tutto differente dall'uso cronico di alcool: l'uso cronico di oppiacei non causa alcuna complicazione medica (a meno che non vi siano complicazioni legate a difficoltà nell'iniezione o un sovradosaggio non-intenzionale)*" (nella terza edizione [1992] non si fa cenno alla tossicità cronica degli oppiacei). Si vedano anche le varie edizioni dell'*Harrison's Principles of Internal Medicine* (p.es. Braunwald E. et al. (eds) 1987, p. 2112; Fauci A.S. et al. (eds) 1998, p. 2509), l'importante trattato curato da J.H. Lowinson et al. (1992, 2nd ed., p. 193; 1997, 3rd ed., p. 164) o l'eccellente libro di B. Stimmel (1975, p. 138-9).

19. Parlando di terapia del dolore non si può non ricordare almeno il nome di John J. Bonica, il cui primo libro sull'argomento risale al 1953. Per utili sintesi rinvio a Stratton Hill C.-Fields W.S. (eds) 1989 e Portenoy R.K.-Kanner R.M. (eds) 1996. Fra gli articoli di denuncia ricordo il classico: Marks E.M.-Sachar E.J. 1973. Undertreatment of medical inpatients with narcotic analgesics. *Ann Intern Med* 78:173-81.

20. Da diversi anni, finalmente, c'è qualche barlume di saggezza e di sensibilità ed è in corso - anche se in modo fin troppo faticoso e prudente - una rivalutazione dell'uso di oppioidi nella terapia del dolore cronico di origine non neoplastica.

21. T.E.Quill-R.Dresser-D.W.Brock. 1998. The rule of double effect - a critique of its role in end-of-life decision making. *New Engl J Med* 337:1768-71; [Correspondence] *New Engl J Med* 338:1390.

22. "*L'associazione di complicanze mediche con l'uso di eroina e altri narcotici è ben conosciuta. (...) Ci sono relativamente scarse prove a indicare che la somministrazione corretta di una preparazione lecita e pura di oppiacei sia associata a serie complicazioni mediche.*" (Stimmel B. 1975, p. 138); "*(...) quasi tutti i problemi riportati, con l'eccezione di un vero sovradosaggio farmacologico e della sindrome da astinenza, sono da riferirsi all'uso di miscele impure di oppiacei o a tecniche non-sterili di iniezione. Questo fatto è spesso dimenticato dagli operatori del settore delle tossicodipendenze.*" (*ibid.*, p. 178); "*(...) gli eroinodipendenti sono molto più a rischio della popolazione generale rispetto all'aumentato rischio di morte per un'ampia varietà di malattie associate alla dipendenza da eroina ma non direttamente attribuibili all'eroina in sé*" (Platt J.J. 1986, p. 81). Per una dettagliata discussione del problema e un'ampia bibliografia si vedano gli interi capitoli "*Medical complications*" in Stimmel B. 1975 (p. 138-186) e "*Mortality and medical complications among heroin addicts*" in Platt J.J. 1986 (p. 80-102).

23. La tecnica della respirazione bocca a bocca in una persona *senza traumi alla colonna cervicale* è abbastanza semplice. Bisogna in primo luogo mettere un supporto dietro il collo del paziente sdraiato sulla schiena (un indumento arrotolato va benissimo), e tenere la sua testa ben piegata all'indietro, con una mano sulla fronte e le dita dell'altra mano sotto il mento per sollevare verso l'alto la mandibola. In questo modo, la bocca resta semiaperta e la lingua viene portata automaticamente in avanti, senza ostruire la faringe. Bisogna anche *tenergli il naso chiuso* con il pollice e l'indice della mano che sta appoggiata alla fronte. Prendendo fiato (fare due o tre inspirazioni profonde), si soffia l'aria nella bocca del paziente, eventualmente attraverso un fazzoletto, badando a che il suo torace si sollevi (vuol dire che l'aria è arrivata nei polmoni). Ci si stacca, e il paziente espira l'aria spontaneamente. Si aspetta qualche secondo e si ripete.

24. Goodman Gilman A. et al. 1990, p. 501. Secondo questi AA., la dose iniziale può essere fino a 2 mg di naloxone (5 fiale). In effetti, 12 mg s.c. non hanno alcun effetto soggettivamente percepibile, e 24 mg provocano solo lieve sonnolenza. Ma attenzione: *nell'overdose di una persona eroinodipendente, il primo intervento deve limitarsi a far uscire la persona dal coma e a far riprendere la respirazione spontanea.* Poi occorre un intervento medico, perché bisogna evitare sia la ricaduta nel coma, sia la comparsa di una sindrome da astinenza.

25. Il naloxone non ha *nessun effetto* sulla depressione respiratoria provocata da farmaci diversi dagli oppioidi, né sull'*overdose* da altre "droghe" (alcool, cocaina, *ecstasy*, amfetamine, psicofarmaci, ecc.).

26. C.P. O'Brien in: Bennett J.C.-Plum F. (eds) 1996, p. 53.

27. Kolb L. 1962, p. 120; Pfeffer A.Z.-Ruble D.C. 1946. Chronic psychoses and addiction to morphine. *Arch. Neurol. & Psychiat* 56:665-72; H. Isbell - H.F. Fraser. 1950. Addiction to analgesics and barbiturates. *Pharmacol Reviews* 2:355-97, p. 372-3; Stevenson G.H. et al. 1956, p. 518.

28. Lindesmith A.R. 1968, p. 199-201; Sechehaye M.A. 1955, p. 110-2.

29. Verebey K. (ed) 1982.

30. Tutte le citazioni sono tratte da Verebey K. (ed.) 1982: Verebey K. "*Introductory remarks*" (p. xi); Millman R.B. "*Introductory remarks*" (p. 56-7); Abse D.W.-Rheuban W.J.-Akhtar S."*The poppy: therapeutic potential in cases of dementia with depression*" (p. 79-82).

31. Canadian Commission 1973, p. 308 e p. 321.

32. Khantzian E.J. "*Psychological (structural) vulnerabilities and the specific appeal of narcotics*" (in Verebey K. (ed.) 1982, p. 24-32).

33. Non posso entrare in dettagli sulle alterazioni di meccanismi cellulari che - secondo le ultime ricerche - sarebbero all'origine della tolleranza e della dipendenza. Per questi aspetti, rinvio a Julien R. 1998 (p. 303-6) e Lowinson J.H. et al. (eds) 1997 (p. 161-3).

34. Il *flash* iniziale dopo l'iniezione endovenosa rimane, e anzi può diventare anche più importante e carico di significato positivo per il farmacodipendente, che teme il grave malessere della *rota* più di ogni altra cosa, e che trova un enorme senso di sollievo e di sicurezza nell'iniezione. È noto che il semplice atto di inserirsi l'ago nella vena, anche con la siringa piena solo di acqua, può dare un certo sollievo, evidentemente legato a una specie di riflesso condizionato.

35. Ci sono vari studi sull'uso non-dipendente di oppioidi, anche se identificare queste persone può essere come è ovvio particolarmente difficile. Un tempo, si negava addirittura questa possibilità, e si riteneva che persino una singola iniezione di eroina comportasse un altissimo rischio di dipendenza. Oggi, al contrario, molti pensano che il consumo saltuario di eroina (spesso associato a quello di altre sostanze) sia la modalità d'uso più frequente. Fra gli studi che per primi hanno aperto questo interessante orizzonte di ricerca, cito: Zinberg N.E.-Lewis D.C. 1964. Narcotic usage. I. A spectrum of a difficult medical problem. *New Engl J Med* 270:989-93; Powell D.H. 1973. A pilot study of occasional heroin users. *Arch Gen Psychiatry* 28:586-94; Zinberg N.E.-Jacobson R.C. 1976. The natural history of "chipping". *Am J Psychiatry* 133:37-40; N.E. Zinberg. Nonaddictive opiate use. In: Dupont R.L. et al. (eds) 1979, p. 303-13. Fra i diversi casi, vorrei ricordare quello a mio avviso molto significativo di un medico di 58 anni con una vita professionale e sentimentale molto "stressante", che al tempo dell'intervista aveva usato morfina per 25 anni anche più volte al giorno (ma sempre escludendo i fine settimana e le vacanze) senza mai avere una vera crisi di astinenza. Egli definiva la morfina "*una cara amica*", ed era molto amareggiato e risentito contro i legislatori e i medici che non riescono a capire che "*un modo come il suo di usare una droga potrebbe essere di molto aiuto a molte persone*" (Zinberg N.E.-Jacobson R.C. 1976, cit., p. 38). I lavori di Zinberg e coll. sono più ampiamente ripresi in Zinberg N.E. 1984.

36. Nel linguaggio quotidiano, spesso il termine "dipendenza" viene assurdamente attribuito al semplice uso, magari saltuario, di una qualunque sostanza "proibita", compresi lo spinello ogni tanto con gli amici, o l'*ecstasy* di qualche sabato sera. Tanto varrebbe definire comunque "alcolista" chi beve ogni tanto un bicchiere di vino.

37. I corticosteroidi sono ormoni prodotti dalle ghiandole surrenali. Analoghi sintetici di questi ormoni sono molto usati in medicina (sotto stretto controllo medico) in molte situazioni: processi infiammatori, malattie autoimmuni, tumori, leucemie, ecc.

38. Nei pazienti con tendenze psicotiche più o meno latenti, che hanno trovato nell'eroina un farmaco illegale ma efficace per alleviare i loro disturbi, la crisi da astinenza può precipitare - in aggiunta al resto - un episodio psicotico acuto.

39. Lowinson J.H. et al. (eds) 1997, p. 162.

7. A PROPOSITO DI DIPENDENZA

"Nel secolo scorso il dolore che portava alla dipendenza era spesso fisico; oggi è soprattutto psichico. La maggior parte delle persone dipendenti di oggi hanno scoperto, in altre parole, che gli oppiacei alleviano le loro ansie, tensioni, sentimenti di inadeguatezza, e altre condizioni emozionali che esse non riescono ad affrontare in modo normale" (U.S. DHEW - PHS)

"Il problema della dipendenza è di solito visto nella prospettiva più violentemente distorta e gli sforzi della società di affrontare il problema sono modelli di irrazionalità" (I. Chein e altri)

"Un tossicodipendente è una persona che non può essere normale senza una droga" (J.Y. Dent)[1]

Breve storia del concetto di dipendenza; Che cosa vuol dire "dipendenza"?; Dipendenza psichica, dipendenza fisica, e tutt'e due insieme; Diverse forme di dipendenza psichica; Un'interpretazione della "dipendenza problematica"; Il consumatore "maturo" di oppioidi

Perché questo capitolo

La questione della *dipendenza* sta al centro della nostra percezione del problema della droga. Nessun altro termine ha creato tante confuse emozioni, è stato usato con tanta enfasi, e ha contribuito così profondamente a impedire una corretta comprensione della realtà. Questo concetto è stato ed è usato, non solo sui giornali popolari ma anche nella letteratura scientifica, in modo vago e allarmistico, confondendo sotto un'unica definizione situazioni e atteggiamenti estremamente diversi. Basti dire che spesso si parla di "tossicodipendenza" per indicare anche l'uso del tutto occasionale di sostanze che, sebbene illegali, non possono essere definite tossiche e che con la dipendenza non hanno nulla a che fare, mentre il termine non si usa quasi mai in relazione a sostanze tossiche e capaci di dare dipendenza come il tabacco e l'alcool, solo perché sono legali.

Breve storia del concetto di dipendenza

Nonostante la lunghissima storia dell'uso di oppio, alcool e altre sostanze psicoattive, il concetto di *dipendenza* come lo intendiamo oggi appare relativamente tardi nella letteratura sulle droghe, probabilmente perché non è stato facile riconoscere l'esistenza stessa del fenomeno.[2] L'uso di oppiacei, prima della proibizione, iniziava quasi invariabilmente con uno scopo medico o quasi-medico. L'oppio e i suoi vari preparati erano ovunque in libera vendita. Tutti usavano occasionalmente oppio, laudano e più tardi anche morfina o eroina

contro il dolore, la tosse, la diarrea, l'insonnia e una lunga serie di altri disturbi o malattie. Una piccola minoranza dei consumatori passava senz'altro dall'uso occasionale all'uso quotidiano, in genere a causa di disturbi persistenti o cronici. Una persona poteva diventare così - come diremmo oggi - *dipendente* dagli oppiacei. Ciò voleva dire che, se tentava di sospendere la "cura", subito ricomparivano dei fastidiosi sintomi di "malattia". Oggi chiameremmo questi sintomi *sindrome da astinenza*, ma a quel tempo non sempre era possibile ricorrere a un medico e gli stessi medici sapevano ben poco del meccanismo d'azione dei farmaci e della natura delle malattie. Era quindi più che ovvio considerare ogni malessere come *malattia*, e un farmaco capace di risolvere questo malessere come *cura*. Per questo, anche se molte osservazioni - e ne abbiamo citate più d'una nei capitoli sulla storia - farebbero supporre il contrario, alcuni millenni di storia dell'oppio passarono senza il chiaro riconoscimento (per così dire la *concettualizzazione*) di quel fenomeno che oggi ci sembra l'ovvia, inevitabile - e anche particolarmente allarmante - conseguenza del suo uso, la *dipendenza*. Per ripercorrere queste tappe, che meriterebbero uno studio più approfondito, dobbiamo accontentarci, in questa sede, delle poche note seguenti.

Già Galeno ricorda che l'imperatore Marco Aurelio tentò senza successo, a un certo punto, di abbandonare la sua *theriaka* quotidiana. Molti secoli più tardi, i viaggiatori europei citano nei loro resoconti con stupore e disapprovazione (e in genere esagerando un po') la necessità degli orientali, una volta iniziato a usare l'oppio, di prenderlo costantemente. L'entusiasta ma preciso John Jones, nel suo libro del 1700, dedica una sezione agli "*Effetti dell'Improvvisa Sospensione dell'Uso di Oppio Dopo un Lungo e Abbondante Uso di esso*", i quali effetti sono "*grandi e anche intollerabili Disturbi, Angosce e Depressioni dello Spirito, che in pochi giorni generalmente terminano in una miserevolissima Morte, accompagnata da strane Agonie, a meno che gli Uomini ritornino all'Uso di Oppio; che presto li risolleva, e certamente li rigenera...*". Samuel Crumpe, scrivendo nel 1793, riconosce il fenomeno, ma sostiene che solo certe persone, dotate di una particolare costituzione, possono diventare *schiave* dell'oppio.[3] Più avanti, le famose *Confessioni* di De Quincey, uscite originariamente nel 1821 e ripubblicate più volte, portano la prima testimonianza dell'oppio usato nella virtuosa Inghilterra al di là di un'esigenza strettamente medica (*le lusinghe dell'oppio, i piaceri dell'oppio*), e con la loro forte drammatizzazione della difficoltà di abbandonarlo (*le catene dell'oppio, la schiavitù dell'oppio*) contribuiscono a diffondere quell'ambiguo sentimento di attrazione-paura che contrassegnerà da allora in poi il rapporto dell'uomo con le droghe. Anche se fino a tutto l'800, la letteratura medica parla solo di "*abitudine*", "*intossicazione*","*ebbrezza*", "*avvelenamento cronico*" o simili, e non di *dipendenza*, sulla stampa popolare, specie con riferimento al fumo dell'oppio in Cina, cominciano a comparire di frequente le espressioni "*vizio dell'oppio*" e "*schiavitù dell'oppio*". Il tedesco Eduard Levinstein introduce nel 1875 il termine *Morphiumsucht* (*passione per la morfina*)[4] che gli autori anglosassoni

tradurranno abbastanza correttamente come *morbid craving* (*desiderio morboso*) di morfina, e i francesi e gli italiani - introducendo un elemento di "follia" - come *morphinomanie* e *morfinomania*. Levinstein è fra quelli che ritengono che l'abitudine alla morfina riposi non su un fatto psicologico o costituzionale, ma su una base fisiologica universale, per cui chiunque, prendendo regolarmente il farmaco, svilupperà l'abitudine. Come abbiamo già riferito[5], egli nega risolutamente che si tratti di una malattia mentale, ma poco tempo dopo anche questa idea si fa strada. Anzi, forse per una naturale tendenza alla generalizzazione, i medici non distinguono neppure tanto fra le varie sostanze, ed entrano così alla pari nell'uso medico-psichiatrico diagnosi come *alcolismo*, *morfinismo*, *cocainismo*, *cannabismo*, *caffeinismo*, *cloralismo*, ecc.[6]

L'accelerazione finale di questo faticoso processo - la profonda, quasi rivoluzionaria ridefinizione di un fenomeno di massa fino ad allora sottaciuto o ignorato - avviene fra gli ultimi decenni del XIX secolo e l'inizio del XX. A fine '800, la scoperta dei batteri della tubercolosi, della difterite, del colera dà un forte slancio alla medicina sperimentale, e gli scienziati si mettono anche alla ricerca delle cause dei due fenomeni caratteristici dell'*abitudine* agli oppiacei: la tolleranza e la crisi da astinenza. Ma ora il problema viene visto - anche al di fuori del mondo scientifico - con nuovi occhi e con diverso giudizio morale. Ormai non si considera più l'*uso* di oppiacei solo un'innocua auto-medicazione o al massimo una debolezza. Come osserva David F. Musto nel suo classico *The American disease*, la nozione di un *vizio-malattia* facile da prendere, alla lunga dannoso, e difficile da curare, è in questo momento familiare a tutti - gli esempi più ovvi sono la sifilide e l'alcolismo - e l'abitudine all'oppio e alla morfina viene fatalmente assimilata a questi. Quella che da tempo covava come una specie di confusa percezione si coagula, per così dire, in una sempre più decisa presa di posizione, e anzi trova ben presto nella parola *dipendenza* (*addiction*) una forma così elastica e (apparentemente) illuminante da poter dar forza a ogni genere di discorso sulla "droga", in qualunque contesto - giornalistico, medico, politico - e per qualunque scopo. Una parola che sarà utile per molto tempo a venire.

E si noti come la scelta dei termini implichi un radicale cambiamento del punto di vista e quasi costituisca una posizione ideologica. I termini più usati nella prima fase - *abitudine*, *passione*, *desiderio*, *intossicazione*, *ebbrezza* o anche *abuso* - implicano comunque la soggettività della persona: è la persona che *usa la sostanza*. *Dipendenza* o *schiavitù* sono esattamente il contrario: è la sostanza che in qualche modo *agisce sulla persona*, la quale ne diventa per così dire vittima.

Sul come e perché questa ridefinizione ottenga tanto successo si può spendere ancora qualche parola. A differenza del tabacco, dell'alcool e del caffè, l'oppio e la morfina sono *farmaci* importantissimi - all'epoca forse i più importanti in assoluto. Nel momento storico in cui, dopo le guerre anglo-cinesi, la questione dell'oppio è arrivata sulle prime pagine dei giornali più autorevoli ed è entrata

nell'agenda dei governi, sono del tutto ovvie le attenzioni e le rivendicazioni delle nascenti associazioni professionali di medici e farmacisti. Nascono pressioni affinché l'oppio e la morfina - in quanto farmaci e in quanto capaci di provocare avvelenamenti e, appunto, dipendenza - siano posti sotto l'esclusivo controllo di queste nuove caste professionali in cerca di spazio e potere propri. La nascente medicina ufficiale accoglie l'interpretazione letteraria e giornalistica di un fenomeno (*dipendenza* è la traduzione "scientifica" del concetto popolare di *schiavitù*), lo ridefinisce *malattia*, e in questo modo si assume la responsabilità di togliere (o diminuire) al consumatore di sostanze la sua dignità di soggetto responsabile e capace di scelte autonome,[7] al fine di acquisire un proprio campo riservato di azione. Il ruolo della classe medica in questa fase di nascita del proibizionismo non può quindi essere sottovalutato. E non può sfuggire a nessuno la vastità delle implicazioni sanitarie, sociali e politiche di tale cambiamento di punto di vista - preludio a quello che può esser chiamato *Stato paternalistico*, e che molti anni dopo Thomas S. Szasz chiamerà *Stato terapeutico.*
Si tratta in effetti di un evento di portata storica: in pochi anni, un fenomeno che era stato a lungo guardato con indifferenza, o al massimo con curiosità, solleva - probabilmente al di là delle intenzioni - uno dei più grandi allarmi sociali che la storia moderna abbia conosciuto. E, soprattutto negli Stati Uniti, si compie rapidamente un passo ulteriore. Quella che fino ad allora era stata solo una faccenda privata viene trasformata in qualcosa di anormale, pericoloso e dannoso, che richiede un deciso intervento pubblico. La *debolezza*, l'*abitudine*, la *malattia*, o il *vizio* vengono nel volgere di pochi anni ridefiniti come *crimine* - meritevole di severe punizioni. Del resto, in Cina, i fumatori d'oppio non erano stati persino condannati a morte? Se in Europa la legge penale resta relativamente poco applicata e di solito vale ancora la diagnosi di *malattia*, specie per le persone delle classi agiate, nell'America del Proibizionismo, di Al Capone e di Harry J. Anslinger si scatena lo sport crudele della caccia al "*dope fiend*" - o meglio allo sfortunato portatore di questo nuovo marchio totalizzante, spregiativo, criminalizzante che solo approssimativamente si può avvicinare al nostro "*drogato*" (e che solo in anni recenti sarà abbandonato). Le sostanze stesse vengono come trasformate in *agenti patogeni*, dotati del diabolico potere di determinare, in chiunque osi avvicinarvisi con leggerezza, una degradazione ineluttabile, distruttiva e criminogena. La *drug addiction* diventerà la maledizione del secolo, e l'*addict* il prototipo del delinquente psicopatico e asociale.
Tuttavia, per scienziati e ricercatori, il concetto di *addiction*, nonostante il suo impiego universale e indiscriminato, non è mai stato esente da critiche. Questa parola, che ha conquistato facilmente il linguaggio giornalistico, non ha in fondo un significato sufficientemente preciso per l'uso scientifico. Ancora nel 1957, l'*Expert Committee on Addiction-producing Drugs* (in precedenza *Expert Committee on Habit-forming Drugs*) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (O.M.S.) fa una

distinzione alquanto fumosa fra "*addiction*" e "*habituation*". Pochi anni dopo, nel 1965, il termine *addiction* sarà ritenuto non più accettabile dalla stessa O.M.S., perché troppo generico, e soprattutto troppo dotato di carica negativa, e se ne consiglierà la sostituzione con l'altrettanto vago ma più neutrale "*dependence*". L'*Expert Committee* cambierà ancora nome, diventando *Expert Committee on Drug Dependence*.[8] Nel 1968, anche la nuova edizione del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-II) dell'*American Psychiatric Association* - uno standard internazionalmente accettato della classificazione dei problemi psichiatrici - abbandona il termine "*drug addiction*" a favore di "*drug dependence*", che più avanti, in un'edizione successiva del manuale (DSM-IIIR, 1987), diventerà "*psychoactive substance dependence*", evidentemente per eliminare il suono negativo della parola *drug*, oltre che per lasciare a parte la ben nota dipendenza da farmaci non direttamente psicoattivi. Tuttavia, anche se ormai quasi rifiutato a livello ufficiale, il termine *addiction* non solo resta in uso nel linguaggio quotidiano, ma sembra riconquistare spazio anche nel linguaggio tecnico e specialistico.[9]

Che cosa vuol dire dipendenza?

Perché qualcuno decide di prendere droghe e qualcun altro no? E perché una droga oppure un'altra? Come nasce quello che comunemente chiamiamo *abuso* di droghe? Che cosa significa *dipendenza* da una droga, e dagli oppiacei in particolare, e entro quali limiti dobbiamo ritenere valido questo concetto?[10]
I motivi che portano o non portano all'uso delle varie sostanze, le modalità di tale uso, e persino gli stessi effetti percepiti soggettivamente, variano moltissimo a seconda non solo di come siamo noi, della nostra *struttura fisio-psichica* individuale, ma anche e soprattutto della *situazione* in cui ci troviamo e dell'*atteggiamento culturale* che abbiamo interiorizzato e in cui ci riconosciamo. Una larghissima maggioranza di noi usa qualche droga, lecita o illecita. Quasi tutti le usano in modo molto moderato, e solo pochissimi finiscono per usarle in eccesso o in modo rischioso. Questo è un dato di fatto che non possiamo ignorare o travisare. Purtroppo invece, quando si parla di *dipendenza*, sembra quasi che la mente ci si chiuda: non riusciamo a ragionare freddamente, e per lo più ci confondiamo le idee con luoghi comuni privi di fondamento o con fumosi "dati scientifici" che magari non siamo neppure in grado di interpretare in modo corretto. Nascondendoci dietro un coacervo di espressioni in apparenza illuminanti e convincenti, finiamo per parlare solo dell'ovvio, e cioè del fatto banale e quotidiano che tutti facciamo e rifacciamo se appena possibile le cose che ci piacciono di più, e evitiamo di fare, se non vi siamo costretti, quelle che ci piacciono meno o non ci piacciono affatto. Tra l'altro, cose che sono spesso diversissime per ciascuno di noi: se infatti le "droghe" piacessero così tanto a tutti, quando l'oppio, l'eroina e la

cocaina erano in vendita libera praticamente tutti ne sarebbero diventati dipendenti, e nessun politico avrebbe potuto imporre la proibizione.
Fino a non molti anni fa, si dava per scontato che la *dipendenza* fosse una condizione specialissima, determinata dall'uso di quelle che venivano chiamate "sostanze stupefacenti". Sostanze ritenute capaci, per qualche loro misteriosa proprietà farmacologica, di provocare in chiunque le usasse un'irresistibile spinta ad assumerle ancora, al di là di ogni possibilità di autocontrollo. Ma a un certo punto, alcuni medici e psicoterapeuti cominciarono a definirsi specialisti delle *dipendenze* e partendo dall'alcool e dalle altre droghe, presero come è naturale ad allargare il loro campo d'azione. Così, a poco a poco, oltre che di dipendenza da "alcool e altre droghe" - giustamente nel frattempo estesa a tutte le sostanze psicoattive, comprese quelle come il tabacco e il caffé, usate da milioni e milioni di persone che *si credevano* normali... - si cominciò a parlare di *comportamenti che provocano dipendenza* (*addictive behaviors*). Tra questi, furono subito identificati il gioco d'azzardo, il sesso e il cibo, e non c'è proprio niente da eccepire: tutti abbiamo letto *Il giocatore* di Dostoevskij, tutti conosciamo qualcuno che "pensa solo a quello", e il nostro mondo di benestanti stressati e insoddisfatti sta diventando sempre più un mondo di obesi. In breve tempo, l'elenco degli oggetti, delle situazioni e dei comportamenti che provocano *dipendenza* diventò sempre più lungo e vario, con grande aumento del numero dei clienti (e buoni profitti) per psichiatri, psicoterapeuti e associazioni di autoaiuto - da *Alcolisti Anonimi* a *Weight-Watchers*. Alle attività capaci di dare dipendenza furono aggiunti il lavoro (ci sono i *workaholics*, quelli che non riescono a vivere se non lavorano venti ore al giorno, e si sentono persi nel fine settimana), l'adesione a sette e culti esoterici, il lotto e le lotterie, il *jogging* (e qui il massimo dell'esultanza arrivò con la scoperta che la fatica fisica fa aumentare il livello delle endorfine), le diete dimagranti (sembra che sia anche facile entrare in un ciclo infernale *eccesso di cibo-dieta*), la televisione, e persino l'uso di lassativi. Ultimamente i videogiochi e Internet. Naturalmente anche l'avidità di denaro e altri comportamenti accumulativi come il collezionismo (c'è chi si riempie la casa di lattine di coca-cola, tappi di birra, schede telefoniche usate) o gli acquisti (ricordate le seimila paia di scarpe di Imelda Marcos?) sono espressioni di "dipendenza". E in questa logica, in un bel libro del 1975,[11] Stanton Peele dimostrò che certe relazioni d'amore possono assimilarsi a una dipendenza, se vissute come legame totalmente assorbente ed esclusivo, unico punto d'appoggio capace di generare sicurezza e di dare un senso alla vita. Insomma, con questo concetto tiramolla, le dipendenze sono diventate (giustamente) infinite.[12] Togliete il bridge a un fanatico, il cioccolato a un goloso, lo stadio a un tifoso e li farete molto soffrire: sono dipendenti!
O *siamo tutti*, inevitabilmente, dipendenti da un sacco di cose? Perché è proprio questo che mi fa dire che c'è qualcosa di molto strano nei nostri discorsi sulle droghe. Con questi esempi e quest'estensione senza fine della definizione di

dipendenza, si è ormai minata alla base l'idea di *droga* come *causa speciale* di indebolimento morale e perdita di autonomia e libertà. La dipendenza non si può più considerare come indotta dall'esterno, e men che meno da una sostanza chimica introdotta nel nostro corpo. La dipendenza è qualcosa che nasce in noi, che può aver mille facce, e che può essere di minore o maggiore intensità - fino a poter *eventualmente ed eccezionalmente* sconfinare nella patologia - a seconda della nostra personale struttura psicologica, delle nostre esigenze e motivazioni, della nostra cultura (in senso antropologico), delle circostanze, e anche della nostra definizione di ciò che è o non è "patològico". Si può diventare o non diventare dipendenti da una qualunque droga esattamente come si può diventare o non diventare dipendenti da mille altre cose o attività che non sono droghe, e che nessuno può sognarsi di proibire. Tabacco, alcool, marijuana, oppio o cocaina si possono usare moderatamente, o se ne può abusare oltre ogni limite. Similmente, si può restare per sempre raffinati buongustai o intenditori di vini, come diventare mangioni o ubriaconi irrefrenabili. Non c'è nulla di particolare nelle "droghe" che possa generare *automaticamente e ineluttabilmente* uno stato di dipendenza patologica in chiunque le usi. La maggior parte delle dipendenze, da droghe e non, restano nei confini della normalità.

Nel caso delle droghe, solo la loro illegalità e la loro immagine pubblica - e quindi la convenienza dei consumatori a non apparire - impediscono di valutare correttamente il fenomeno. La maggior parte delle dipendenze, mi permetto di insistere, sono solo un'espressione dell'innata tendenza di ciascuno di noi a perseverare in ciò che piace e dà gioia o gratificazione. E la stragrande maggioranza delle persone non perde in alcun modo il controllo delle sue abitudini, piaceri e appetiti - che siano rivolti alle droghe o a qualunque altra cosa. Purtroppo ci è difficile uscire dagli schemi consolidati. Chi volesse fumare oppio o iniettarsi morfina per rilassarsi o facilitare il sonno è un disadattato, un malato o un delinquente, mentre chi prende una benzodiazepina o un whisky con lo stesso scopo è una persona del tutto normale. La scelta di usare oppio o marijuana perché i loro effetti sono percepiti come piacevoli è *sempre e comunque* gravemente condannabile, mentre la scelta di fumare una sigaretta dopo l'altra - magari fino all'infarto o al cancro polmonare - rientra intangibilmente nella nobile sfera della libertà. E - per toccare un punto su cui occorrerà riflettere seriamente - la nuova dipendenza dimostrata da milioni di giovanissimi che, nell'età più importante per lo sviluppo e la formazione, passano ore e ore incollati a frenetici videogiochi che li abituano a una reattività immediata, impulsiva e spesso violenta non sembra preoccupare nessuno.

Quello che i neuroscienziati ci dicono a proposito della dipendenza...

Lo studio del cervello sta facendo enormi passi avanti. Molti lavori su animali da laboratorio supportano ormai il concetto relativamente semplice che certe sostanze vengono usate perché attivano direttamente, per via farmacologica, i circuiti cerebrali coinvolti nei meccanismi della *ricompensa* (*reward*). A poco a poco si stanno identificando i neurotrasmettitori - primo fra tutti la dopamina - e i centri nervosi interessati. Questi circuiti si attivano *normalmente* a seguito di comportamenti fondamentali per la vita come il mangiare, il bere, l'attività sessuale. Si dice che queste attività - e le altre che portano a simili comportamenti ripetitivi - agiscono come *rinforzi positivi* perché il cervello le traduce in segnali nervosi che incoraggiano a persistere nell'atto e che, restando nella memoria, indurranno in futuro a compierlo di nuovo. Noi comuni mortali diremmo che questi segnali nervosi sono percepiti soggettivamente come "*piacere*". Le sostanze che vengono usate come "droghe" offrirebbero un accesso diretto ai circuiti cerebrali della ricompensa, stimolandoli non in conseguenza di un'attività vitale, ma per così dire gratuitamente, *ad libitum*.
[Per ulteriori dettagli, il testo italiano più chiaro e accessibile è R.M. Julien 1997. *In inglese la scelta è infinita, e oltre all'ultima edizione del* Julien *(1998), cito solo la rivista* Science *del 3 ottobre 1997, dedicata alle nuove frontiere degli studi sulle droghe]*

Dipendenza psichica, dipendenza fisica, e tutt'e due insieme

Quanto abbiamo visto più sopra si riferisce soprattutto alla dipendenza *psichica*. Si potrebbe obiettare che le droghe, invece, provocano prima di tutto *dipendenza fisica* - quella di cui abbiamo già parlato nel capitolo precedente. Ora, a parte il fatto che non si può accettare questa generalizzazione (perché per esempio non c'è una vera dipendenza fisica - con una ben definita e clinicamente rilevante sindrome da astinenza - per sostanze come la cocaina, la marijuana, gli allucinogeni), siamo sicuri che la dipendenza *fisica* abbia questo grande significato? In realtà la dipendenza *fisica* è un fatto molto quotidiano e banale, che di per sé ha pochissima rilevanza: siamo tutti fisicamente dipendenti, tanto per dire un'ovvietà, dall'aria, dall'acqua e dal cibo. E allora, ha senso preoccuparsi così tanto se qualcuno diventa fisicamente dipendente anche da qualche altra sostanza, che sia il caffè, il tabacco o l'eroina? È forse questa la goccia che fa traboccare il vaso? Il problema generato dall'uso di una sostanza può stare davvero nella dipendenza fisica? E perché mai, allora, vediamo un problema così grande nella dipendenza da eroina e non in quella da caffeina, alcool o nicotina, per non parlare di aria, cibo o acqua? Dove sta la differenza? Se appena ci pensiamo, il problema non è nella dipendenza fisica. Il problema nasce dalla nostra confusa, allarmante definizione di "droga" e da quello che essa ormai evoca in tutti noi. Il problema è *ideologico*.

La dipendenza fisica è solo un fenomeno per cui, se ci manca la cosa da cui siamo dipendenti, stiamo fisicamente male. Noi non soffriamo né siamo menomati per il fatto che siamo fisicamente dipendenti dall'acqua. È semplicemente una condizione della vita, e per la maggior parte del tempo non ne siamo neppure coscienti.[13] Ma se ci perdessimo nel deserto, avremmo subito la misura della nostra fortissima dipendenza fisica da questa sostanza a cui non pensiamo mai. E soprattutto, si evidenzierebbe anche la più intensa dipendenza psichica: la preoccupazione per l'acqua cancellerebbe tutti gli altri nostri pensieri, e presto anche la nostra capacità di ragionare e di avere emozioni e sentimenti naturali, il nostro essere noi stessi. Potremmo arrivare a prostituirci, rubare, forse persino uccidere per l'acqua. Molto peggio di quello che capita al tipico tossicodipendente. E allora? Forse il problema non esiste? Assolutamente no: il problema della dipendenza da droghe esiste, ma *non sta nella dipendenza in sé.* Il problema - quando c'è - sta altrove: nel modo di viverla e nel *significato* che le attribuiamo. Vediamo qui di seguito quali aspetti bisogna considerare in una valutazione obiettiva della "dipendenza".

La tossicità della sostanza

Il primo aspetto da considerare è la *tossicità* della sostanza. *Essere dipendenti da una sostanza tossica è evidentemente un male e una cosa da evitare.* Su questo non c'è discussione. Ma come ovviare a questo male? Quali mezzi si possono lecitamente impiegare per impedire a una persona adulta e responsabile di danneggiarsi con le sue mani? Come ci ha spiegato John Stuart Mill, abbiamo un diritto-dovere di intervenire se la persona non è informata (o conscia) del pericolo che sta correndo. A parte il salvarla fisicamente in caso di immediata necessità (la persona cammina leggendo il giornale e rischia di cadere in un tombino), dobbiamo metterla in condizione di scegliere consapevolmente, e quindi informarla, persuaderla, invitarla a ragionare. Al di là di questo non è lecito andare. Una persona adulta deve essere rispettata come giudice ultimo del valore delle proprie scelte. Tra l'altro, a proposito delle sostanze psicoattive, dobbiamo soprattutto preoccuparci della nostra incoerenza. Solleviamo un problema mondiale sulla dipendenza da eroina, una sostanza che di per sé - come abbiamo visto - sarebbe in condizioni normali pochissimo tossica, mentre accettiamo o addirittura promuoviamo con enormi investimenti pubblicitari il consumo di sostanze di provata tossicità come l'alcool e il tabacco. Non è inutile ricordare che molte persone di buon senso hanno apertamente detto - ieri e oggi - che se proprio si deve scegliere fra due mali, la dipendenza da oppiacei sarebbe di gran lunga il male minore, per l'individuo e per la società, rispetto a quella da alcool.[14] O che Steven Jonas, citando un insospettabile documento dell'*Office on National Drug Policy* americano del 1990, ha potuto affermare che "*per ogni droga (...) escluso il tabacco è possibile un uso sicuro*".[15] E forse sarebbe bene chiedere ai nostri legislatori

quali conclusioni si debbano trarre dal fatto che il tabacco e l'alcool uccidono ogni anno molte più persone di tutte le altre droghe messe insieme.[16] Possono davvero sostenere razionalmente che la proibizione dell'eroina, dell'oppio e delle altre droghe è nata ed è mantenuta in vigore col nobile fine di salvare delle vite? Non sarebbe meglio controllare tutte le sostanze psicoattive - l'alcool, il tabacco, l'eroina e le altre - con uguali regole, risparmiare sull'inefficace tentativo di pura repressione poliziesca e investire con pragmatismo e onestà intellettuale nell'informazione e nella prevenzione? La denuncia chiara, obiettiva e scientificamente fondata della tossicità delle diverse sostanze sarebbe la migliore arma - e un'arma assolutamente non-violenta - contro il loro abuso.

Le conseguenze esterne della dipendenza

Il secondo aspetto da considerare sta nelle *conseguenze esterne* della dipendenza da una sostanza. Conseguenze cioè non tanto per il soggetto dipendente, quanto per le persone che hanno rapporti diretti con lui e per la società nel suo insieme. Naturalmente dobbiamo ragionare sulle conseguenze *naturali* della dipendenza, e non su quelle *artificiali* che dipendono dagli interventi politici in atto. Non possiamo basarci sul fatto che - essendo stato dichiarato penalmente illecito ed essendo quindi socialmente stigmatizzato il consumo di eroina - le persone che diventano dipendenti da eroina hanno spesso enormi difficoltà (vengono emarginate, rifiutate, discriminate sul lavoro, sospettate di reati, e così via) e creano enormi problemi (non lavorano, rubano, si prostituiscono, finanziano la criminalità, si ammalano, richiedono cure costose, rompono le scatole). Queste non sono conseguenze della dipendenza da eroina. Sono conseguenze perverse di un pregiudizio sociale contro certi comportamenti, che si è trasformato in concreta quanto controproducente azione politica repressiva. Considerando le conseguenze naturali della dipendenza da una ipotetica sostanza X - e non tanto per l'individuo coinvolto quanto *per gli altri* - è evidente che un intervento è lecito e anche consigliabile se e solo se queste sono di per sé gravi e dannose, e che in caso contrario, nessuno dovrebbe immischiarsi in quelle che devono restare scelte personali.

La dipendenza psichica

Il terzo e più importante aspetto della dipendenza è nella relazione per così dire *affettiva* che una persona instaura con la sostanza (o l'oggetto, l'attività, ecc.) da cui è diventato dipendente, e quindi nella natura di quella che chiamiamo, con termine troppo generico, *dipendenza psichica.* La dipendenza psichica può ovviamente esistere anche in totale assenza di un fenomeno di "dipendenza fisica". Anzi, a mio avviso, la dipendenza psichica "nativa" e quella che si manifesta solo come conseguenza della dipendenza fisica si devono considerare in modo totalmente diverso.

La tendenza a cercare all'esterno una gratificazione, una ricompensa, un allentamento di tensione, un punto di riferimento, un senso di sicurezza è in una certa misura presente in tutti noi. Il ciucciotto o l'orsacchiotto dei bambini, la copertina di Linus sono esempi noti a tutti. Molte persone possono diventare psicologicamente dipendenti da atteggiamenti o comportamenti che si perpetuano in modo semi-automatico senza una reale scelta e senza un reale beneficio, assumendo quasi la caratteristica di riflessi condizionati. C'è chi non calpesta le commessure fra le lastre dei marciapiedi, chi non esce di casa senza un amuleto, chi non può fare a meno di disporre i vestiti nella sua camera da letto in un certo modo, e così via. Se una dipendenza assume caratteri francamente patologici, il che fortunatamente avviene solo in una piccola minoranza dei casi, vuol dire con ogni probabilità che le persone avevano in partenza più o meno gravi problemi irrisolti, problemi che esse hanno cercato in qualche modo di superare appoggiandosi a un rituale, a un'altra persona, o a un farmaco.
Quello della dipendenza psichica è il punto più delicato e complesso del cosiddetto problema della droga. È incredibile come esso venga trattato quasi sempre in modo estremamente superficiale, come se fosse qualcosa di ovvio e scontato, che non vale la pena di analizzare. A mio avviso, il concetto di "dipendenza", come lo si usa normalmente, è generico e inadeguato e finisce solo per confonderci le idee. Per limitarci alle droghe, perché altrimenti il discorso diventerebbe troppo ampio, bisogna distinguere in primo luogo fra i puri effetti farmacologici di una sostanza e la particolare risposta di un particolare soggetto, cioè distinguere fra quello che una certa "droga" può fare in chiunque e quello che può fare in qualcuno. Certo non si può ignorare se una persona entra nel circolo vizioso di un comportamento ossessivo che schiaccia o annulla tutte le altre motivazioni e spinte vitali, perché questo è, insieme, spia e causa di profondo disagio e infelicità. Ma bisogna anche capire se e in che misura questo comportamento derivi da problemi intimi del soggetto o, come spesso è il caso con le droghe illegali, soprattutto da un artefatto come la proibizione, profondamente condizionante e vissuta come limitazione violenta della libertà. È inevitabile che - in questa situazione e in una personalità predisposta - la "droga" assuma un significato tutto particolare. Ma cercando di eliminare tutti i fattori di disturbo, ci si deve interrogare sul perché quel particolare soggetto è così attratto da quella droga (o, spesso, quelle droghe) da far passare in secondo piano tutte le altre cose della sua vita. E specie nel caso degli oppiacei non si può assolutamente trascurare la possibilità che quella persona soffra di un qualche squilibrio neurobiologico che l'uso di "droga", in qualche modo, mette a posto - diventando così solo la *farmacoterapia non approvata di un disturbo reale non riconosciuto.* In tal caso, invece di agire sulla base di preconcetti più o meno moralistici e di cercare di raddrizzare con la forza quello che viene visto come una specie di legno storto, forse sarebbe il caso di valutare serenamente con l'interessato -

tanto per cominciare - la migliore posologia e modalità d'uso delle sostanze, non avendo fretta di forzare il futuro, ma lasciandolo a quella che una volta si chiamava *forza medicatrice* del tempo e della natura.
Solo su queste basi, io credo, possiamo affrontare utilmente il concetto di "dipendenza psichica". Come abbiamo visto più sopra, la nostra vita quotidiana è piena di fenomeni di dipendenza psichica anche estremamente intensi, di cui non ci accorgiamo neppure, e che discendono da una serie di condizionamenti biologici, esistenziali, culturali o sociali. Il problema è definire, *capire* il limite che separa una più o meno innocua abitudine da una coazione, un'inclinazione spontanea da un'ossessione totalizzante: insomma una scelta libera (nei limiti in cui si può davvero essere liberi) da una spinta irresistibile a fare qualcosa che non si vorrebbe (più) fare. Il problema è capire quando una debolezza o una passione (che qualcuno ancora preferirà condannare moralisticamente come *vizio*) diventa qualcosa di disordinato e indesiderabile che potrebbe - pur con grande cautela - esser definito *disturbo psichico* o addirittura *malattia*. Capire quando siamo di fronte non a un'espressione di libertà, non a una stravaganza, ma a una reale - e tanto più profonda quanto meno è riconosciuta - *sofferenza*, che merita quindi non condanna o coercizione, ma disponibilità a comprendere e offerta di aiuto.
Purtroppo la visione comune della persona dipendente da droghe, e particolarmente da eroina, è largamente falsata dal fatto che, salvo rare eccezioni, soltanto le persone che sentono di aver *assolutamente* bisogno di aiuto per la loro condizione di dipendenza vengono in contatto con il medico o i servizi di assistenza, e soltanto le persone più emarginate e disperate, dedite a piccoli reati, senza casa, vengono in contatto con le forze dell'ordine. Si tratta quindi di *campioni auto-selezionati* e statisticamente non significativi, che non rispecchiano assolutamente la realtà e da cui non si possono trarre conclusioni generali. I consumatori di droghe (eroina o altre) che riescono a convivere decentemente con le loro abitudini, e che sono probabilmente la maggioranza, restano praticamente invisibili. Un buon numero delle generalizzazioni che si leggono sul problema della droga sono pressocché prive di significato proprio perché non viene preso in considerazione questo fondamentale dato di fatto.

Diverse forme di dipendenza psichica

Per mettere davvero a punto il nostro discorso sulle droghe - anche e soprattutto parlando di quei prototipi di *droga cattiva* che nell'immaginario collettivo sono diventati gli oppiacei - bisogna a mio avviso fare una cosa che nessuno in genere fa, e cioè distinguere fra *diverse forme di dipendenza psichica*, che hanno un'origine e una natura diversa, e quindi hanno anche un significato e un peso completamente diversi.[17]

1. Dipendenza secondaria

La prima e più banale forma di dipendenza psichica può esser chiamata *dipendenza psichica secondaria*, perché deriva direttamente da uno stato di dipendenza *fisica*. È la dipendenza psichica da qualcosa che ci serve per stare bene, e si manifesta solo in uno stato di necessità biologica non soddisfatta. Vale l'esempio dell'acqua. L'acqua mi è necessaria per vivere, ne sono dipendente *fisicamente*, ma la dipendenza *psichica* non si rivela, né a me stesso né ad altri, forse di fatto *non esiste*, finché non mi trovo nella situazione in cui l'acqua mi viene a mancare. In tal caso, non solo il mio corpo soffre, ma anche la mia mente viene profondamente turbata o addirittura sconvolta. Si tratta però di una situazione naturale, assolutamente comprensibile e giustificabile salvo che nei suoi eventuali aspetti estremi di comportamento immorale, aggressivo, violento. *Non c'è nulla di anormale e di patologico in questa forma di dipendenza psichica.* Prima della proibizione, questo era ciò che in genere accadeva con gli oppiacei. Per la massima parte delle persone, a quel tempo, l'uso di oppiacei aveva un po' lo stesso peso psicologico del cibo. [18] Li si prendeva per star meglio - spesso, almeno all'inizio, solo per curare dei disturbi - e neppure si faceva caso alla dipendenza fisica e alla *conseguente* dipendenza psichica. Come diretta conseguenza della situazione di diversa disponibilità - vedi acqua nel deserto - questa forma di dipendenza psichica si manifesta in forma molto più marcata con una droga proibita (oppiacei) che con una lecita (tipicamente caffè, tabacco, alcool, tranquillanti, sonniferi, lassativi...).[19]

2. Dipendenza primaria (nativa)

C'è poi una forma più importante di dipendenza psichica che possiamo dire *nativa* o *primaria*, nel senso che ha la sua origine in qualche modo in una scelta, un atteggiamento, una passione, uno squilibrio, un conflitto, un bisogno profondo - forse anche derivante da più o meno sottili alterazioni biologiche (a livello di neurotrasmettitori, recettori, enzimi o altro) - *della persona*, e che, se riferita a una sostanza psicoattiva, può *potenzialmente* preesistere all'incontro con la sostanza e a volte persino prescindere dagli effetti farmacologici della sostanza.

Questa forma di dipendenza psichica è profondamente influenzata e trasformata dalla situazione contingente, dai giudizi/pregiudizi prevalenti nella società, dall'esistenza o meno di culture alternative e dalla loro maggiore o minore accettazione, dall'immagine e dal ruolo che il soggetto intende assumere nei suoi rapporti con gli altri. La *dipendenza psichica primaria* prende almeno due forme, che devono comunque intendersi come gli estremi di un *continuum* che va da una relativa normalità a una profonda patologia psichica.

a) dipendenza voluttuaria

La prima forma, che chiamerò *dipendenza voluttuaria*, fondamentalmente deriva da una scelta personale, che - nei limiti in cui possiamo ancora considerarci *liberi*, a

dispetto del determinismo delle neuroscienze - deve essere riconosciuta e accettata come esercizio della libertà e dell'autonomia individuale. È la dipendenza psichica che deriva da qualcosa che "ci piace", ci fa star bene, ci dà l'illusione di essere più in gamba, ci aiuta a vincere il *tædium vitae*, ci dona un più profondo riposo, o quello che volete. Può manifestarsi nei confronti di una sostanza proibita, ma è la stessa *moderata e controllabile* dipendenza psichica che si può manifestare nei riguardi del buon cibo, del buon vino, del cioccolato, del sale, del caffè, del sigaro o del whisky dopo cena, della TV, della musica, degli scacchi... In genere questa scelta - e l'eventuale dipendenza che ne deriva - non modifica sostanzialmente la nostra vita, non altera le nostre relazioni interpersonali e le nostre attività professionali, non invade indebitamente i nostri pensieri, ed è vissuta soggettivamente come evasione, divertimento, arricchimento, *relax*, e non come limitazione. Anche se sappiamo che si tratta di una dipendenza, non la viviamo come tale. E in questo caso, sono assolutamente convinto che - anche quando si tratta di una scelta dichiarata illecita dal potere costituito - noi abbiamo comunque un *diritto naturale* a perseguirla, a nostro rischio, nell'ambito di quello che è stato chiamato il *diritto inalienabile a perseguire la felicità*.[20] È la legge ad essere sbagliata e ingiustamente intrusiva. E a meno di accettare di definirci tutti minorenni (e minorati) non dovremmo accettare la paternalistica intrusione di questa legge nella nostra vita, ma batterci per cambiarla. Personalmente, mi rifiuto di giudicare buona o cattiva *a priori* questa forma di dipendenza - che riguarda assolutamente tutti noi, e come si dice, ciascuno a suo modo, secondo le proprie insindacabili scelte, preferenze, inclinazioni.[21]

Una variante di questo tipo di dipendenza - che potremmo chiamare *compensatoria* - potrebbe avere, particolarmente nel caso degli oppioidi, una base biologica. In certe persone, una predisposizione alla dipendenza psichica da oppioidi potrebbe discendere da un deficit o uno squilibrio (congenito o acquisito) del sistema endorfinico. A differenza della dipendenza fisica, che come fenomeno di adattamento richiede sempre un certo tempo per svilupparsi, questa forma di dipendenza psichica può sorgere fin dal contatto iniziale con la sostanza. Credo che essa sia ben rappresentata dal titolo di un famoso libro sull'eroina: *It's so good, don't even try it once* (*È così buona, non provarla neppure una volta*).[22] In effetti, alla prima esperienza con l'eroina, tanti stanno male o restano abbastanza indifferenti, ma c'è chi, invece, resta come annichilito: "*Dov'è stato questo benessere in tutta la mia vita passata?*". Per alcuni l'eroina è *fantasticamente* buona fin dalle prime volte. È la (ri)conquista, il recupero di qualcosa che doveva esser lì da sempre, ma che prima sfuggiva. Un "pezzo mancante" che finalmente va al suo posto, una sensazione in qualche modo attesa per tutta la vita. Oggi è assolutamente lecito ipotizzare (anche se ancora attendiamo prove sperimentali) che alcune persone - proprio come nel diabete si soffre di una carenza di insulina, nella malattia di Addison di

una carenza di corticosteroidi, nel gozzo endemico di una carenza di tiroxina - soffrano di una qualche carenza o disequilibrio del loro sistema endorfinico, per cui, prima di provare quella fatidica *prima volta* un oppiaceo, non stanno bene, e soprattutto *nemmeno sanno di non star bene.* L'eroina risolve magicamente questa oscura, confusa, irriconosciuta sofferenza - e lascia abbagliati e stupefatti come una rivelazione, perché in fondo, anche il riconoscimento del dolore e della sofferenza può avvenire solo attraverso il confronto con il non-dolore e la non-sofferenza...

b) dipendenza problematica

E veniamo infine alla seconda forma di dipendenza psichica primaria, che chiamerò *dipendenza problematica*[23], e che corrisponde a mio modo di vedere a quella che viene definita come "dipendenza" nelle classificazioni ufficiali delle malattie psichiatriche (DSM-IV, ICD-10), e che gli anglosassoni chiamano generalmente *addiction.* In modo particolare nel caso degli oppiacei, si tratta della dipendenza di chi si aggrappa disperatamente a un oggetto, una persona, un rito, un'attività o un farmaco/droga come a un salvagente, una stampella, un sostegno. Una volta instauratasi, questa dipendenza assume per il soggetto un significato vitale, totalizzante. Tutti i pensieri ruotano intorno ad essa. Solo quando essa è soddisfatta, c'è lo spazio psichico, l'energia mentale per altre cose, relazioni, attività. Nel momento in cui essa non viene soddisfatta, la persona si sente e di fatto è perduta. Senza "quella cosa" la persona non può vivere (essere), o almeno non può vivere in modo normale (essere normale). *Solo questa forma di dipendenza costituisce un problema reale, spesso molto serio e grave.* Ma il fatto che si tratti di dipendenza da una droga, da una persona o da qualunque altra cosa non ha importanza: il problema è a monte, e sta nella psiche del soggetto, non nell'oggetto della dipendenza.

Solo questa forma di dipendenza psichica - la cui intensità e le cui gravi conseguenze sono comunque in gran parte determinate dal regime legale di proibizione[24] - può di per sé veramente comportare una diminuzione e una perdita di libertà, e determinare grosse difficoltà personali. Questa forma estrema di dipendenza psichica è per sua natura francamente patologica e può arrivare a condizionare negativamente tutta la vita di una persona. Questo è ciò che deve preoccuparci come esseri umani e come membri della collettività, e ciò che - nel rispetto dei diritti inviolabili dell'individuo - può giustificare un intervento esterno. Tuttavia, anch'essa non va interpretata come malattia (mi rifiuto persino di prendere in considerazione l'ipotesi "crimine"), ma piuttosto come *sintomo* di un problema, di un disturbo, di una perturbazione psichica più o meno grave che sta a monte di essa. Non va quindi trattata come entità a sé, e men che meno aggredita con un approccio "eroico", che inevitabilmente significa "violento" (per esser chiari, tipo disintossicazione forzata: "*prima smetti con l'eroina e poi ne*

parliamo"). Essa deve invece essere considerata nell'ambito di un programma di sostegno *multidisciplinare* e *personalizzato*, che in primo luogo tenga presente che ci troviamo davanti a una persona che *sta male*, e che ha essenzialmente solo cercato - a suo modo e con ciò che ha avuto a disposizione - una soluzione al suo star male.

Un'interpretazione della "dipendenza problematica"

Quella che io chiamo *dipendenza problematica* è sempre una *dipendenza psichica* molto intensa, fondamentalmente indipendente da un'eventuale dipendenza fisica, e che può riguardare - per limitarci al nostro ambito - qualunque sostanza psicoattiva, anche priva della capacità di determinare tolleranza e crisi da astinenza. Spesso si manifesta nei confronti di più sostanze contemporaneamente. È soprattutto caratterizzata dalla tendenza a recidivare continuamente, anche dopo una "disintossicazione" apparentemente riuscita. È la forma che meglio può esser avvicinata al gioco d'azzardo, agli eccessi alimentari, all'adesione a sette e ad altre attività compulsive. *Deriva essenzialmente dal fatto che una persona non si sente "a posto" nel suo stato psichico ("percezione di sé") naturale.*

È importante sottolineare subito che la vera dipendenza problematica deve essere considerata una forma piuttosto atipica e infrequente dell'uso di droghe, compresi gli oppioidi. Una delle poche generalizzazioni che mi sento di accettare in proposito è che questo tipo di dipendenza si manifesta (o almeno nasce come potenzialità) quasi sempre molto presto, diciamo prima dei vent'anni. I problemi che stanno a monte di essa sono infatti legati alla "struttura in evoluzione" della personalità e derivano in gran parte dall'ambiente familiare e sociale in cui l'individuo vive. La dipendenza che ha inizio in età matura ha genesi e caratteristiche diverse.

Per quel che vale, sintetizzerò qui di seguito la mia teoria favorita della *genesi della dipendenza problematica da eroina.* Gli oppioidi hanno farmacologicamente la capacità di eliminare la tensione dei conflitti interiori, di cancellare l'ansia che deriva dalla sensazione di "non farcela" (rendendo contemporaneamente irrilevanti i motivi per cercare di "farcela"), di abbattere gli istinti aggressivi, di esaltare l'autostima e di facilitare e rendere positivo il ritiro in se stessi e nelle proprie fantasie. Per certe persone, afflitte da ricorrenti e invincibili sentimenti di depressione, frustrazione, solitudine, impotenza, rabbia, aggressività - vissuti come al di fuori di ogni controllo dell'io - la scoperta di una sostanza capace di modificare rapidamente e prevedibilmente il vissuto psichico può assumere il significato di aver in qualche modo recuperato il controllo su se stessi. L'eroina offre cioè a queste persone un mezzo diretto, immediato, e per così dire auto-confermativo, di *portare sotto controllo* - con un semplice atto di volontà, con una semplice ritualità (il *buco*) - il proprio stato emozionale e mentale. Il sollievo è immenso, proporzionale alla precedente sofferenza. L'iniezione diventa un rituale

che genera e conferma la forza, la supremazia del soggetto nei confronti di qualcosa che fino a quel momento dominava dall'esterno e teneva in sua balía. In questo modo, l'alleviamento della sofferenza psichica - perché di questo si tratta - può esser vissuto come un oceanico, travolgente sentimento *positivo* di serenità, di contentezza (nel senso di sazietà e di "*tutte le cose vanno bene*"), di benessere fisico, e persino di felicità. Tutto ciò non può che rinforzare potentemente il comportamento di assunzione della sostanza - al di là della consapevolezza o meno delle possibili conseguenze. Come si è capito fin dai primi studi seri (per esempio, quelli di Lawrence Kolb negli anni '20), la maggior parte delle persone che diventano dipendenti da oppiacei senza passare dall'uso prolungato per scopi medici o quasi-medici, hanno grossi problemi personali che *precedono la dipendenza*. Se non problemi francamente psichiatrici, almeno problemi di relazione. Stanton Peele e Archie Brodsky (1975) hanno analizzato i punti in comune fra la dipendenza in un certo tipo di relazione d'amore (quelle che a volte finiscono in tragedia) e la dipendenza da eroina. In entrambi i casi, sulla base di proprie esigenze psichiche, si arriva a vedere in modo distorto la realtà e ci si appoggia in modo totale a un *oggetto* esterno, fino a creare un circolo vizioso che fa sempre più soffrire ma da cui non si riesce ad evadere.

Se ci accontentiamo di un quadro un po' stereotipato, possiamo dire che in genere i giovani che diventano *dipendenti problematici* da eroina sono spesso più intelligenti e sensibili della media, ma con diversi deficit strutturali della personalità (che in termini psicoanalitici sono stati definiti come debolezza dell'io, eccessivo narcisismo e deficit di libido). Il tipico soggetto a rischio ha difficoltà a reagire e interagire in modo "normale" con il mondo esterno. Nella sua infanzia c'è spesso una madre troppo apprensiva e protettiva, o troppo fredda e distante, verso cui egli sviluppa sentimenti ambivalenti, senza avere la possibilità di esprimerli pienamente. Egli cresce pieno di impulsi negativi di rabbia e violenza, che non riesce a manifestare all'esterno con spontaneità (contemporaneamente imparando a controllarli), e che quindi rivolge all'interno, verso se stesso, sviluppando un atteggiamento masochistico. Si riduce a fuggire dai problemi e dalle situazioni che generano tensione, ansia e aggressività invece che affrontarle come possibili prove positive di auto-affermazione. L'eventuale incontro con l'eroina, in genere attraverso un amico, è fatale. Anche se il nostro ha le idee chiare su ciò che significa l'eroina e sui suoi rischi, la sua ansia di annullamento lo spinge ad usarla. La sostanza fa il resto. L'eroina, per la sua azione farmacologica, riduce magicamente la sua tensione e lo porta in uno stato in cui tutto è a posto, ed egli si sente protetto, inviolabile, nulla può farlo soffrire... L'eroina lo isola dal mondo nel presente, lo assolve dagli errori del passato, elimina la necessità di progetti concreti e di investimenti a lungo termine per il futuro - alleviando così la sua opprimente sofferenza psichica e come riportandolo nel grembo materno. L'euforia lo aiuta anche a mascherare i suoi

sentimenti di inferiorità e inadeguatezza, fino a fargli assumere innaturali atteggiamenti di spavalderia e arroganza. Egli si rifugia in un mondo irreale, in cui tende a crearsi una immagine idealizzata di sé (che pure, in fondo, riconosce come non vera), e a porsi obiettivi ambiziosi e irrealistici, impossibili da raggiungere - il cui regolare fallimento rinforza l'isolamento e il ritiro in se stesso, soddisfacendo la componente masochistica. Con questo, la sua completa maturazione in una personalità adulta resta come rinviata e sospesa. È una persona incapace di reggersi da sola, per la quale l'eroina - anche come puro simbolo, al di là della sua azione farmacologica - diventa una gruccia, un sostegno vitale. Se per caso ha successo in qualcosa - cosa che spesso il suo talento rende possibile - viene preso da una tensione e un'ansia intollerabili, e quasi invariabilmente manda tutto a monte, magari aumentando il suo uso di droga. Si sente e si considera una vittima, e finisce con il riconoscersi nell'immagine pubblica del *drogato* - anche se a volte questa è solo una specie di finzione che gli permette di sfruttarne i precari vantaggi. Col tempo - e con lo svilupparsi della dipendenza e della tolleranza - l'unico interesse e l'unica preoccupazione diventano l'eroina e il denaro per procurarsela in dosi sempre crescenti. Se - come avviene nella maggior parte dei casi - il nostro non ha mezzi finanziari illimitati, tutti i suoi pensieri e le sue attività sono mirati a ottenere i soldi per la prossima dose. L'impegno necessario per mantenere la dipendenza diventa quasi un lavoro a tempo pieno e dà, come mai prima, un ordine e un significato alle sue giornate, alla sua vita - rendendola però ad un tempo disperata e frenetica. A questo punto, non c'è più interesse né spazio per una crescita personale, né per relazioni interpersonali significative. L'eroina e l'atto di iniettarsela diventano anche un sostituto del sesso - lo *stantuffare* (*booting*) non è che una specie di masturbazione, mentre il *flash* sostituisce l'orgasmo ed è anzi spesso descritto (forse in modo autoconsolatorio) come molto migliore. Le persone con cui egli continua ad avere rapporti, compresi i suoi compagni di sventura, diventano per lui, nel bisogno, solo strumenti da manipolare per ottenere la droga - e lo stesso gruppo, se esiste, sta insieme solo finché i componenti vi trovano un'utilità reciproca. Alla lunga, l'illusione non dura. L'euforia è sempre più incerta, elusiva e breve, e il nostro capisce che si è cacciato in un bruttissimo circolo vizioso. Ma non riesce a uscirne, perché non gli è facile capirne i meccanismi, che fanno parte del suo io più profondo e gli richiederebbero di rimettersi totalmente in discussione con se stesso e di (ri)cominciare a domandarsi: *chi sono? che cosa voglio? che cosa voglio diventare?* Finché non arriva a questo punto, e ciò non è facile e richiede a volte molti anni, la dipendenza è come una bolla di vuoto che gli si gonfia dentro, occupando tutto lo spazio interiore disponibile. Nelle fasi avanzate - che possono anche arrivare molto presto, trattandosi di un processo psicologico e non temporale - questo soggetto non si cura più minimamente dell'igiene (l'acqua dello scarico del gabinetto, la siringa usata) o del rischio di *overdose*: è

sempre più evidente la sua tendenza masochistica, autopunitiva - pur se accompagnata da una (sempre più debole) immagine narcisistica di coraggio e quasi di eroismo. Sempre più spesso egli assume deliberatamente comportamenti inutilmente rischiosi - come se in fondo, l'atto di iniettarsi eroina non fosse che una scommessa con la morte, o meglio, forse, una specie di *suicidio non permanente*, che si può continuamente ripetere, e che permette di rinviare all'infinito quello vero e definitivo.

Uscire veramente da questa trappola avviene solo col tempo, un tempo a volte quasi infinito, e attraverso un processo difficile e costoso in termini personali, che passa per corsi e ricorsi, illusioni di successo e continue ricadute, e che può in ogni momento scontrarsi con una grave malattia (AIDS) o interrompersi bruscamente con un'*overdose* fatale. Per i fortunati, la svolta arriverà solo dopo aver bevuto l'ultimo sorso dell'amaro calice - e questo è ciò che è stato chiamato il *maturing-out* dalla dipendenza da eroina. Il *maturare fuori* dall'eroina. La svolta finale è spesso associata al nascere di una seria relazione sentimentale, all'incontro con un personaggio carismatico capace di accettare senza giudicare, o alla fortuna di trovare finalmente un *vero* lavoro e un primo spazio di *in*dipendenza. Altre volte la svolta è indotta, e in qualche modo forzata, dall'esterno - magari da un'esperienza brutale e tragica come il carcere o la morte di un amico. *Maturare fuori* dall'eroina può voler dire poterla guardare con distacco, come si guarda a una parentesi chiusa della propria vita; o quasi con tenerezza come un errore di gioventù; o con l'orgoglio di chi ha vinto una propria debolezza; o infine anche con l'odio di chi ha sinceramente amato ed è stato solo illuso e tradito... Avendo ben presente che finché rimane una forte emozione, anche negativa, nei confronti dell'eroina, non si è completamente guariti dalla dipendenza.[25]

Per queste persone, un regime di proibizione come l'attuale può purtroppo rivelarsi enormemente distruttivo, e in senso psicologico ancor più che fisico. Mettiamoci nei loro panni. Hanno trovato nell'eroina - andando contro la legge e sfidando le conseguenze di un atto malvisto e mal giudicato - una parvenza di rimedio a dei problemi che forse non hanno mai capito e tanto meno saputo comunicare, e che certamente non sono mai stati capiti dagli altri. Hanno trovato questo rimedio, e degli stupidi politicanti moralisti, lontani nel tempo e nello spazio, devono proprio rompergli le scatole, ostacolare la loro soluzione, spingerli sempre più a degradarsi, se non a delinquere, per sopravvivere, perseguitarli, rovinare ulteriormente la loro vita già disastrata?[26] Possono queste persone *infelici e sofferenti*, in una simile situazione, reagire diversamente che con rabbia, depressione, disperazione, angoscia? Possono non rifugiarsi ancor più nel materno, caldo abbraccio dell'eroina, e con questo nel ciclo infernale dell'illegalità e del mercato nero, cacciandosi in sempre maggiori problemi? Per queste persone, la proibizione costituisce una causa ineluttabile (e profondissimamente ingiusta) di degradazione morale e di totale perdita della già carente autostima.

Credo che sia giusto parlare senza mezzi termini di un danno devastante e difficilmente rimediabile.
Certo le cose possono cambiare - seppur di poco, perché il grosso del danno è ormai stato fatto - quando queste persone hanno accesso a un trattamento medico con una sostanza come il metadone o la stessa eroina, che (oltre a dargli una minima sensazione di non aver proprio sbagliato tutto) li libera almeno dalla necessità di trovare soldi anche in modo inaccettabile e dallo sgradevole contatto con la criminalità, oltre che da ingiustificabili rischi per la salute. Ma ciò non basta. Dobbiamo porci *molto seriamente* la questione etica e politica del nostro atteggiamento collettivo verso queste persone infelici. È possibile - e personalmente ne sono convinto - che gli oppioidi, da un punto di vista puramente farmacologico, siano ancora oggi il meglio che si possa offrire a queste persone per il tipo di sofferenza psichica da cui sono affette. La razionalità e l'efficacia delle terapie di mantenimento con metadone, provate al di là di ogni ragionevole dubbio, e i positivi risultati della rigorosa sperimentazione svizzera dell'eroina, mi confermano in questa convinzione.[27] *Ma io non sono propenso a ridurre tutto a una questione di molecole nel cervello, a cui va data una bella regolata con una buona dose di altre molecole.* Credo che moltissimo inevitabilmente ci sfugga della complessità di una *persona*, e che il principale intervento sia quello che avviene - anche se in modo non del tutto spiegabile - ad un livello che sta al disopra dell'intervento puramente tecnico del medico e del terapeuta (ma che, nel migliore dei casi, dovrebbe esserne parte integrante). Parlo di quel livello che sta al di là dell'intelligenza e dell'inquadramento razionale, e che implica puro contatto umano, pura *simpatia* (*"sentire insieme"*). In altre parole, secondo me, in questi casi un farmaco può essere necessario ma non è sufficiente. Come il problema della persona, in questo caso, non sta nella sua dipendenza da un farmaco, ma va ben oltre, così il rimedio non può essere semplicemente un farmaco. Mi rendo pienamente conto delle difficoltà, ma non vedo alternative. In qualche modo occorre un aiuto, molto rispettoso e delicato, da persona a persona (non necessariamente da medico a paziente) per far riconoscere e, se possibile, far spezzare il circolo vizioso in cui questi infelici "drogati" vivono, e per assisterli - *con i loro tempi, che possono anche essere senza fine* - nel loro spontaneo processo di *maturing-out.*

Il consumatore "maturo" di oppioidi

Ben diverso è il caso del consumatore "maturo" di oppioidi, che può o meno diventare dipendente - in primo luogo fisicamente - ma che al di là di questo, in assenza di interferenze esterne (che oggi sono soprattutto di natura legale) in genere non manifesta alcuna significativa diminuzione del suo funzionamento

morale, professionale e sociale. Se può avere la sua droga da una farmacia o comunque da una fonte sicura, e se è in grado di rispettare un minimo di norme igieniche, in genere la persona adulta che usa regolarmente oppioidi mangia, dorme, si lava, si veste, lavora, resta in buona salute e si comporta in modo del tutto normale. In realtà, in tutti i casi in cui non ci sono problemi di approvvigionamento della sostanza e quindi non vi è il rischio di un'improvvisa crisi da astinenza - come era la regola prima del proibizionismo e come anche dopo è accaduto (e accade ancora oggi) a molte persone in qualche modo privilegiate - non è praticamente possibile distinguere a prima vista una persona dipendente da oppiacei da una che non lo è.

Molti uomini e donne hanno avuto una vita brillante e di successo anche se nascondevano un "piccolo segreto". A parte il caso già citato del dott. X, si sa per esempio che William Wilberforce (1759-1833), decano di Carlisle, il grande filantropo e politico inglese che dedicò la vita alla lotta per abolire la schiavitù, fu un consumatore quotidiano di oppio per 45 anni. Che Benjamin Franklin fu dipendente da laudano proprio negli anni in cui partecipò alla scrittura della Costituzione degli Stati Uniti d'America. Che Ottone di Bismarck usava iniettarsi morfina prima di parlare al *Reichstag*, il che non gli impedì di diventare il "Cancelliere di ferro" - alla faccia di chi vede nel morfinomane una persona debole, indecisa e senza volontà. Che il grande statista (nonché medico) francese Georges Clemenceau - contemporaneo di Bismarck - chiamava il laudano "*il mio aperitivo preferito*". Che l'illustre chirurgo William S. Halsted - uno dei padri della chirurgia moderna - fu dipendente da morfina per almeno 36 anni: quando nel 1886 fu invitato a far parte del gruppo fondatore della scuola medica dell'Università Johns Hopkins, la più importante degli Stati Uniti, era già "morfinomane" da anni, e la cosa era nota agli altri medici del gruppo, che evidentemente non la considerarono un impedimento (anche se più tardi, con il proibizionismo, divenne alquanto imbarazzante). O che, passando alla *dolce vita*, Coco Chanel e la sua amica Misia Sert furono per molti anni dipendenti da morfina: nonostante ciò, facevano parte dell'*élite* parigina e conducevano una vita brillante, mentre la loro posizione sociale le proteggeva da troppe attenzioni poliziesche. Per non parlare delle migliaia di rispettabili sudditi di Sua Maestà britannica che, prima dell'attuale ondata di giovani più o meno sbandati e emarginati, furono per decenni regolari consumatori di oppiacei, perfettamente in regola con le regole britanniche sul *mantenimento*, e poterono condurre, e di fatto in genere condussero, una vita del tutto normale. Questo dimostra senza possibilità di smentita che la dipendenza fisica e/o psichica da una sostanza, di per sé, può non costituire un problema se la sostanza è disponibile senza difficoltà, se non occorre preoccuparsi più di tanto per averla, e se - come è il caso degli oppiacei - i suoi effetti non sono tali da danneggiare significativamente la salute e il funzionamento sociale. Il problema della dipendenza, quando c'è,

non è nella "droga" o nelle "droghe", ma nel proibizionismo e nei problemi personali del "drogato". Solo a questi bisognerebbe guardare.

Bibliografia essenziale per questo capitolo

Chein I. et al. (eds) 1964; Lettieri D.J. et al. (eds) 1980; Lowinson J.H. et al. (eds) 1992 e 1997; Peele S. 1985; Satinder K.P. 1980; Szasz T.S. 1977; Vallance E. (ed) 1975; Waldorf D.-Reinarman C. 1974; Whitlock F.A. 1975; Zinberg N.E. 1984.

Note

1. U.S. DHEW-PHS 1963, p.8 (cit. da Brecher E.M. et al. 1972, p. 11); Chein I.-Gerard D.L.-Lee R.S.-Rosenfeld E. 1964, p. 7; Dent J.Y. 1952, in: *Brit. J. Add.* 49:17 (cit. da Brecher E.M. et al. 1972, p. 14).

2. L'unico approccio storico al concetto di dipendenza da oppiacei mi risulta essere quello di G. Sonnedecker (Emergence and concept of the addiction problem. In: Livingston R.B. (ed.) 1963, p. 14-22; Emergence of the concept of opiate addiction. *J. Mondial de Pharmacie* 3:275-90 (1962) e 1:27-34 (1963)), che inevitabilmente si appoggia ampiamente sul classico Terry C.E.-Pellens M. (1928). La dipendenza da alcool fu invece riconosciuta molto tempo prima di quella da oppio o altre droghe, anche per il maggior allarme pubblico sollevato dal problema dell'ubriachezza. In un primo tempo - fino all'inizio del XIX secolo - l'uso o abuso di alcool venne visto come una scelta magari viziosa o peccaminosa, e persino legalmente punibile, ma sempre espressione della libera volontà di una persona. Più avanti, i movimenti per la Temperanza considerarono invece l'alcool come una sostanza intrinsecamente capace di generare dipendenza (*addiction*), che poteva rendere qualunque persona *incapace di esercitare liberamente la sua volontà* nei confronti del bere. Con tale argomento si iniziò a premere per la proibizione completa dell'alcool, mentre nessuno ancora si sognava di proibire l'oppio. Contemporaneamente, iniziò a farsi strada la definizione dell'alcolismo come malattia, fisica e/o mentale, forse addirittura ereditaria, provocata dall'alcool. L'*abitudine* all'oppio era invece vista solo come l'espressione di una fragilità caratteristica di certe persone (Crumpe S. 1793). Solo verso fine '800 si iniziò a considerare anche l'oppio, la morfina e le altre droghe come sostanze "*addicting*" cioè dotate di una proprietà intrinseca di generare *in chiunque* dipendenza - e solo a questo punto, come era già successo per l'alcool, si iniziò a premere per la proibizione. Poi, con un ritorno all'antico punto di vista, la dipendenza da alcool venne di nuovo attribuita non alla sostanza, ma alle caratteristiche della persona: solo certi individui erano incapaci di "mantenere il controllo" nell'assunzione di alcolici. In tal modo, l'alcool poteva esser nuovamente visto come droga accettabile, socialmente addomesticata, che solo in certi soggetti, e per loro proprie caratteristiche, provocava la malattia *alcolismo*. Per questo il proibizionismo dell'alcool poté essere revocato. Invece, l'oppio e le altre droghe restarono inquadrate come intrinsecamente "*addicting*", e quindi restarono proibite (v. Levine H.G. 1979. The discovery of addiction: changing

conceptions of habitual drunkenness in America. *J. of Studies on Alcohol* 15:493-506).

3. Crumpe S. *An Inquiry in to the Nature and Properties of Opium.* London 1793, p. 177 (citato da Musto D.F. 1973, p. 69).

4. Levinstein E. 1875. Die Morphiumsucht. *Berliner Klin. Wochschr.* 12:646-9.

5. Vedi cap. 5, nota 5.

6. T.D. Crothers (1902) parla di "narcomania" non solo a proposito di tè, caffè, etere, ma anche di estratti di lavanda, zenzero e peperoncino! Se mi è permessa una divagazione per sottolineare quanto sia influente lo "spirito del tempo" (ovvero il pregiudizio corrente) anche per uno scienziato, ricorderò che ancora a inizio '900, il caffè e il tè erano visti da eminenti medici come molto più perniciosi dell'oppio. Per esempio, T.C. Allbutt e W.E. Dixon, in un importante trattato di medicina (Allbutt T.C.- Rolleston H.D.(eds) *A System of Medicine.* London 1909), dicono questo del caffè: "*Abbiamo visto molti casi ben evidenti di eccesso. (...) Il sofferente trema e perde il suo autocontrollo; è soggetto a crisi di agitazione e depressione; perde il colorito e ha un aspetto stravolto. L'appetito scompare, e possono manifestarsi sintomi di catarro gastrico. (...) Come con altri agenti simili, una nuova dose del veleno dà un temporaneo sollievo, ma a prezzo di future miserie*". E a proposito del tè: "*Il tè ci è apparso particolarmente efficace nel produrre incubi (...) con allucinazioni che possono assumere intensità allarmante (...) Un'ora o due dopo (...) aver preso tè (...) un abbattimento penoso può impadronirsi del sofferente, cosicché parlare è uno sforzo (...) Con simili miserie, si possono rovinare i migliori anni della vita*". Viceversa, a proposito dell'oppio: "*L'oppio è usato, a torto o a ragione, in molti paesi orientali non come pigra e viziosa indulgenza, ma come razionale aiuto nella fatica di vivere. Un nostro paziente ha preso una pillola da 160 mg di oppio ogni mattina e ogni sera per gli ultimi 15 anni di una lunga, laboriosa e distinta carriera. Uomo di grande forza di carattere, coinvolto in affari di peso e rilevanza nazionale, (...) ha persistito in siffatta abitudine, tale da non dare alcuna cosciente gratificazione o distrazione, ma piuttosto capace di dar tono ed energia per le sue decisioni e i suoi impegni*" (citazioni tratte da: Brecher E.M. 1972, pag. 198; Bowman W.C.-Rand M.J. 1980, pag. 42.41).

7. Non è questa la sede per affrontare la questione da un punto di vista filosofico. Rinvio per questo al famoso *Saggio sulla libertà* di John Stuart Mill (1859), che nasce proprio al tempo del grande dibattito sulla liceità o meno, per il governo inglese, di vendere l'oppio indiano in Cina. Si vedano inoltre: Bakalar J.B.-Grinspoon L. 1984; Bayer R.-Oppenheimer G.M. 1993; Eldridge W.B. 1967; Hamowy R. 1987; Husak D.N. 1992; Richards D.A.J. 1982; Szasz T.S. 1992; Vallance E. (ed) 1975; Whitlock F.A. 1975; Wisotsky S. 1992.

8. Ancora più rivelatore è il cambiamento nell'altra lingua ufficiale dell'O.M.S., il francese. La denominazione cambia da *Comité d'experts des drogues susceptibles d'engendrer la toxicomanie* a *Comité d'experts de la pharmacodépendance*: si abbandona non solo il termine *tossicomania*, ma anche il termine *droga*, sostituito da *farmaco*. Quest'ultimo cambiamento è impossibile in inglese, in cui *drug* ha entrambi i significati.

9. Si vedano: Sounding Board. The need to redefine addiction. *New Engl. J. Med.* 308:1096-7 (1983); Jaffe J.H. in: Goodman Gilman A. et al. (eds) 1990, p. 522-3; e Zinberg N.E., Harding W.M., Apsler R. 1978. What is drug abuse? *Journal of Drug Issues* 8:9-35. In America da alcuni anni si sta operando per far riconoscere l'*Addiction medicine* come branca specialistica della medicina.

10. In questo testo, anche ma non solo per motivi di spazio, non ho ritenuto opportuno addentrarmi in un'analisi dei criteri diagnostici oggi in uso per definire la "dipendenza da sostanze psicoattive" (DSM-IV, *American Psychiatric Association*, 1994; ICD-10, *Organizzazione Mondiale della Sanità*, 1992), e soprattutto di quelli, a mio avviso molto più discutibili, usati per definire l'abuso o uso "dannoso" (*harmful*) di sostanze. Ho preferito invece affrontare il problema in termini più discorsivi, anche per stimolare una riflessione critica su questo punto-chiave estremamente delicato e complesso.

11. Peele S. (con Brodsky A.) 1975.

12. Un esempio, di solito ignorato, di dipendenza psichica molto intensa riguarda una sostanza vivamente desiderata non solo dagli uomini ma anche dagli animali, che pur essendo priva di valore nutritivo (e anzi essendo in molti casi dannosa) viene spesso consumata in eccesso: il comune sale da cucina. Come sanno molte persone costrette a seguire una dieta povera di sodio, il desiderio di sale diventa a volte irrefrenabile.

13. In realtà, si può tranquillamente affermare che lo stesso fenomeno della vita sulla terra funziona sulla base di una rete di (inter)dipendenze.

14. Vedi cap. 4, nota 4.

15. S. Jonas in: Lowinson J.H. et al. (eds) 1992, p. 937.

16. Il tabacco uccide circa 3.500.000 persone all'anno nel mondo, l'alcool circa 750.000. Forse per la difficoltà di raccogliere i dati, non vengono fornite stime per le "droghe" proibite (*WHO Press Release 26* del 19 febbraio 1998, disponibile su Internet).

17. In verità, temo che il mio tentativo di classificazione sembrerà a molti solo un'inutile pedanteria. Io stesso non ne sono pienamente soddisfatto e sono stato a lungo tentato di non riportarlo. Però credo che qualche distinzione vada fatta, e molto più esplicitamente di quanto normalmente viene fatta da chi parla e scrive di "droga".

18. Non per niente, quando gli oppiacei si prendevano per lo più per via orale, si usavano le espressioni *opium eater*, *mangeur d'opium*, *mangiatore d'oppio* (o di morfina). L'introduzione della morfina iniettabile fu salutata come un progresso anche perché, non rendendo più necessaria l'assunzione per bocca, sembrava poter evitare proprio il problema della dipendenza, allora assimilata in tutto alle altre (cattive) abitudini alimentari.

19. Una variante della dipendenza psichica secondaria può aversi anche in assenza di vera *dipendenza fisica* (adattamento biologico). Nel corso della terapia di una qualunque malattia cronica si può diventare *psichicamente dipendenti* dai farmaci necessari a mantenere lo stato di benessere, anche se essi non sono normalmente considerati capaci di generare dipendenza fisica. In realtà, la dipendenza del diabetico dall'insulina o del cardiopatico dalla nitroglicerina può paragonarsi alla dipendenza da cibo o acqua, e diventa di fatto "dipendenza fisica", con una propria sindrome da astinenza (il ripresentarsi della malattia alla sospensione della terapia). Per questo la componente psichica di questa dipendenza deve considerarsi di tipo "secondario".

20. Si veda la famosa espressione della Dichiarazione d'Indipendenza americana (1776): "*Noi riteniamo queste verità di per sé evidenti, che tutti gli uomini sono creati uguali, e che sono dotati dal loro Creatore di certi Diritti inalienabili, tra i quali la Vita, la Libertà e il perseguimento della Felicità*".

21. Si può approfondire questo punto ricorrendo ai testi citati nella nota 7.

22. Smith D.E. - Gay G.R. 1972.

23. Nel doppio significato che "deriva da un problema" e "costituisce un problema".

24. La dipendenza da nicotina, come ha riconosciuto lo stesso *Surgeon General* degli Stati Uniti (v. nota 4 dell'*Introduzione*), non è meno intensa di quella da eroina, ma naturalmente, visto che le sigarette si trovano a poco prezzo sotto casa, senza alcun rischio, non porta mai una persona alla totale disperazione.

25. Questa visione del processo di "*addiction*" all'eroina è ciò che mi resta da un minimo di esperienze e osservazioni, e soprattutto da una serie di letture che lo spazio mi impedisce di documentare in modo esaustivo. Citerò solo Chein I. et al. 1964, Lettieri D.J. et al. (eds) 1980, Peele S. 1985, Stimmel B.(ed) 1975, Verebey K. (ed.) 1982. Degli altri autori (ricordo almeno S.R. Gold, J.H. Jaffe, E.J. Khantzian, L. Kolb, A.R. Lindesmith, R.B. Millman, L.N. Robins, D. Waldorf, C. Winick, L. Wurmser, N.E. Zinberg) che mi hanno più illuminato non mi è possibile elencare i singoli lavori.

26. "*(...) con la dipendenza da droghe del tipo della morfina, il danno all'individuo è principalmente indiretto, nascendo dalla sua preoccupazione per il consumo della droga; trascuratezza personale, malnutrizione e infezioni sono conseguenze frequenti. Anche per la società il danno risultante da tale dipendenza è prevalentemente legato alla preoccupazione dell'individuo per il suo consumo di droga; rottura di relazioni interpersonali, perdite economiche, e crimini contro la proprietà sono conseguenze frequenti*" (Kramer J.F.-Cameron D.C. 1975, p. 44). Questo in una pubblicazione dell'OMS: difficile trovare miglior sintesi dei problemi individuali e sociali determinati non *direttamente* da una sostanza, ma *indirettamente* dalla sua proibizione e dalla conseguente nascita di un mercato nero. Peccato che non si traggano le conseguenze di tale affermazione.

27. Si vedano su questo punto: Gerstein D.R.- Harrod H.J.(eds) 1990 (vol. 1) (o la sintesi Gerstein D.R.- Lewin L.S. 1990. Treating drug problems. *New Engl J Med* 323:844-8, 1990); National Institutes of Health Consensus Statement. *Effective medical treatment of opiate addiction* (sintesi in: *JAMA* 280:1936-43, 1998; testo integrale su Internet); Uchtenhagen A.-Gutzwiller F.-Dobler-Mikola A. (eds) 1997. *Programme for a medical prescription of narcotics. Final Report.* University of Zurich: Institute for Social and Preventive Medicine.

8. ECONOMIA E GEOPOLITICA DELLA DROGA

"(...) sembra che abbiamo una certa impulsività riguardo ai nostri problemi sociali. Si potrebbe dire che ne facciamo un unico mucchio, all'insegna di una teoria del 'fate qualcosa'." (D. Waldorf - C. Reinarman)[1]

Alle radici di un problema; Produttori, venditori e consumatori di oppio ; Geopolitica della droga; Il peso mondiale del mercato delle droghe; Riciclaggio; Tanti, maledetti, e subito; Le grandi vie del traffico; Sequestri; Dietro l'angolo; Sostituzione delle colture; Guerra alla droga

Alle radici di un problema

Come osserva il recente *World Drug Report* dell'ONU[2], "*le sostanze psicoattive sono state usate fin dall'antichità all'interno di pratiche ben definite e socialmente integrate di tipo medico, religioso o cerimoniale*", e questa situazione relativamente tranquilla è durata fin quasi all'altro ieri. Ma, sempre nelle parole del rapporto ONU, "*i modelli tradizionali* [di uso di sostanze psicoattive] *sono stati ampiamente sconvolti nel corso di questo secolo e, stimolati da organizzazioni criminali a caccia di profitti, sono stati sostituiti da modalità d'uso degenerate e non culturalmente assimilate*". Gli autori del rapporto non si pongono minimamente il problema di come ciò sia potuto accadere, proprio ora, dopo millenni di relativamente tranquilla convivenza dell'umanità con le droghe. E forse la cosa non deve sorprendere più di tanto. L'ONU è diventato la *longa manus* del proibizionismo e sotto la sua egida sono stati eretti i più imponenti ostacoli legali a qualunque cambiamento. Porsi quel problema vorrebbe dire mettere in gioco tutto questo, compresi molti e ben retribuiti incarichi. Perché la risposta è una sola. Se questo secolo ha visto sconvolti i modelli tradizionali di consumo di droghe, e ha visto - con il non disinteressato aiuto di efficienti organizzazioni criminali - la nascita di nuove, "degenerate e non culturalmente assimilate" modalità d'uso, è solo perché proprio questo secolo ha inventato e imposto il proibizionismo a livello mondiale, e in forme sempre più estreme e violente. Solo per questa innaturale e irrazionale forzatura l'antico rapporto dell'uomo con le droghe si è alterato e corrotto fino alla tragedia sociale (per non dire economica, politica e persino ecologica) che abbiamo sotto gli occhi.

Produttori, venditori e consumatori di oppio

In un dato anno, secondo recenti stime "non ufficiali" dell'ONU, una buona percentuale della popolazione mondiale consumerebbe droghe illegali. La

Cannabis risulta la sostanza proibita più ampiamente consumata: oltre 140 milioni di persone nel mondo (2,45%). L'eroina sarebbe usata da circa 8 milioni di persone (0,14%), la cocaina da 13,3 milioni (0,23%), le amfetamine da 30,2 milioni (0,52%), gli allucinogeni da 25,5 milioni (0,44%). I sedativi/tranquillanti sarebbero *illecitamente* usati da 227,4 milioni (3,92%). In oltre 100 paesi è stato rilevato l'uso di droghe per iniezione. Nel 1996, il 5-10% dei casi di AIDS sarebbero stati dovuti all'uso di siringhe infette.[3]

Tornando all'oppio, è interessante osservare gli sviluppi degli ultimi decenni. A partire dalla fine degli anni '50, la Turchia e l'India furono a lungo i principali produttori-esportatori. Soprattutto la Turchia ne divenne un forte produttore illegale, e tramite la mafia di Marsiglia - la famosa *French Connection* - divenne il principale fornitore di eroina degli Stati Uniti, dove i consumi erano in rapida crescita. Questo portò a un acceso confronto con l'amministrazione Nixon, che lanciò nel 1971 la prima di una serie di "guerre alla droga". Pur riluttante, la Turchia accettò di rinunciare alla coltivazione del papavero in cambio di aiuti economici americani.[4] L'intervento americano sulla Turchia è importante perché mette in evidenza un fenomeno fino ad allora non previsto. Nixon si era illuso di poter stroncare il traffico di eroina verso gli Stati Uniti - allora unico grande paese consumatore - intervenendo sulla principale fonte nota, mentre in Francia venivano smantellate le reti di trafficanti marsigliesi. Ma il flusso dell'eroina verso gli USA non si arrestò un solo giorno, e anzi, proprio negli anni del "bando" delle coltivazioni di papavero in Turchia iniziò una fase di diffusione epidemica dei consumi di eroina in America. Il Messico e soprattutto il sud-est asiatico (in cui gli USA erano direttamente impegnati con la guerra del Vietnam) diventarono i grandi fornitori di eroina per il mercato americano. Grazie anche alla meritoria opera della CIA - che favorì segretamente (a protezione dei soliti "interessi strategici" americani) i traffici di oppio dei generali anticomunisti del Laos - cominciò ad assumere sempre maggiore importanza il famoso *Triangolo d'oro*, l'area quasi inaccessibile di colline e foreste fra Laos, Birmania e Thailandia. Paesi che fino a vent'anni prima erano stati solo piccoli produttori di oppio per autoconsumo locale, divennero in pochi anni i principali produttori di oppio da trasformare in eroina per il mercato mondiale.

Anche l'Iran - grandissimo consumatore tradizionale di oppio, e buon produttore in proprio - si modernizzò sotto lo scià Reza Pahlevi proibendo, il 30 ottobre 1955, la vecchia droga e smantellando il monopolio statale che fino ad allora l'aveva distribuita. Uno o due milioni di consumatori - tra cui probabilmente un buon numero di autorevoli legislatori, visto che il Parlamento di Teheran, come ci ricorda T.S. Szasz in *Il mito della droga*, aveva dei locali adibiti a fumeria d'oppio - diventarono così dipendenti da forniture illegali provenienti dai paesi confinanti. Dopo quattordici anni di frustrazioni - con l'Iran invaso dall'oppio turco, afghano e pakistano - lo scià decise nel 1969 di riprendere la coltivazione del

papavero e la fornitura legale di oppio, sotto stretto controllo, ai consumatori cronici. E la cosa durò - grave dispetto all'amico americano - fino ai primi anni della rivoluzione islamica (1979), quando con una nuova interpretazione del Corano l'oppio e le altre droghe furono assimilate all'alcool nell'anatema del Profeta. Indovinate cosa successe in seguito? Che i consumatori passarono in gran maggioranza dall'oppio all'eroina. E che siccome la produzione interna era molto limitata, l'Iran dovette di nuovo rivolgersi all'estero. E dove? Ma appena oltre confine, come prima. Dove stava ormai crescendo rigogliosamente il nuovo polo dell'oppio, e non in sostituzione, ma in aggiunta ai precedenti. Sarà chiamato, come sappiamo, la *Mezzaluna d'oro.*

India a parte, il grande produttore di oppio dell'area sud-occidentale dell'Asia era all'inizio solo il Pakistan. Ma nel 1979, dopo un ultimo raccolto di circa 800 tonnellate, per lo più destinato al consumo locale come si era sempre fatto, o al massimo a qualche traffico con gli stati confinanti, arrivò anche qui la proibizione. Si noti: nel 1979 l'eroina era ancora sconosciuta, ma già l'anno dopo si stimavano 5.000 consumatori a Karachi, e nel 1985 la stima era di 1.200.000 eroinomani.[5] In realtà, dopo il 1979, la produzione di oppio in Pakistan crollò, restando limitata alle aree tribali fuori del controllo governativo centrale. Ma non ci fu nessun problema: dopo l'invasione russa dell'Afghanistan, la resistenza afghana iniziò a finanziarsi con l'oppio, e fu in questo periodo che l'Afghanistan passò da piccolo a grande produttore. L'oppio afghano non andò più solo verso l'Iran, ma in gran parte verso il Pakistan, dove - grazie all'anidride acetica importata dall'India - cominciò a trasformarsi in eroina. Nel 1981, il Pakistan era già diventato il primo produttore mondiale di eroina. E l'eroina restò in Pakistan, andò in India, andò in Iran, in Russia, in Europa... Il disfacimento dello Stato afghano nella lotta di etnie rivali, culminata nella presa del potere da parte dei Talebani, sostenuti e armati dal Pakistan e dagli Stati Uniti, favorì la trasformazione del paese nel primo produttore di oppio al mondo.

E dobbiamo anche rivolgere lo sguardo alle grosse novità di oltre Atlantico. Lasciamo stare il Messico, a cui abbiamo già accennato, e il Guatemala, un piccolo, meraviglioso paese sfortunato in tutto, persino come produttore di oppio. Parliamo di una storia di successo, quella della Colombia. In Colombia, la coltivazione di coca era fino a circa vent'anni fa del tutto marginale: oggi, la Colombia è il terzo produttore mondiale di foglie di coca dopo Perù e Bolivia, e di gran lunga il primo produttore ed esportatore di cocaina. La coltivazione di papavero fino al 1990 era assolutamente inesistente: ma poi i grandi cartelli colombiani della cocaina, forti dei loro consolidati canali di traffico verso gli Stati Uniti, la iniziarono in grande stile, e la Colombia superò rapidamente il Messico come fornitore di eroina di ottima qualità, paragonabile a quella del Triangolo d'oro o a quella dei bei tempi di Joseph Césari e della mafia marsigliese...

TABELLA 1. *Produzione illegale di foglie di coca e oppio (tonnellate)*

	coca	oppio
1987	291.100	2.242
1988	293.700	2.590
1989	298.070	3.698
1990	306.170	3.257
1991	330.740	3.486
1992	265.500	3.389
1993	271.700	3.675
1994	290.900	3.417
1995	309.400	4.165
1996	303.600	4.285

(fonte: U.S. DOS 1997)

Insomma, questo è ciò che accadde negli anni in cui la proibizione veniva progressivamente inasprita in tutto il mondo, e prima Reagan, poi Bush - forti dell'appoggio di un'opinione pubblica sempre più allarmata da drammatici fatti di cronaca - continuavano a dichiarare "guerra alla droga" con tutti i mezzi, compresi quelli di estremamente dubbia costituzionalità. Il risultato finale viene così fotografato dal rapporto annuale del Dipartimento di Stato USA del 1997: ben 32 stati sono elencati come "*principali paesi produttori di droghe o di transito per le droghe*".

Nella Tabella 1 sono riportate le stime della produzione *illegale* di foglie di coca e di oppio effettuate dal Dipartimento di Stato USA per il decennio 1987-1996. Di fronte a queste cifre, forse val la pena di ricordare che, secondo la *World Opium Survey* del governo Nixon, nel 1971 la produzione mondiale illecita di oppio era stimata a 990-1210 tonnellate, a fronte di una produzione lecita di 1450 tonnellate.

Geopolitica della droga

Molti paesi sono stati letteralmente trasformati dal proibizionismo: politicamente, economicamente e socialmente. E come è inevitabile, il denaro della droga ha corrotto e corrompe politici, generali, giudici, doganieri, poliziotti... I casi della Birmania, della Colombia e dell'Afghanistan sono solo i più impressionanti. Ma molte altre cose bollono in pentola. Poco si sa di ciò che succede nelle repubbliche ex-sovietiche immediatamente confinanti con la *Mezzaluna d'oro* (Tagikistan, Uzbekistan, Kazakistan, Kirghizistan) ma le notizie non sono incoraggianti: secondo l'*Observatoire Géopolitique des Drogues*, le aree coltivate a papavero si sono moltiplicate per dieci in pochi anni. Lo stesso sarebbe avvenuto in Ucraina.[6] Non è chiaro che cosa stia succedendo in Russia e nei paesi del Caucaso, che come minimo sono fortemente coinvolti nel narcotraffico. Più vicino a noi, l'Albania è certamente diventata un importante produttore di

marijuana. E che dire poi della produzione sempre più ampia di droghe sintetiche (amfetamine, ecstasy, 3-metilfentanyl, ecc.), che coinvolge - oltre a produttori "tradizionali" come l'Olanda, il Regno Unito, il Messico, il Canada e naturalmente gli Stati Uniti - anche la Russia, la repubblica Ceca, la Polonia, l'India, il Sudafrica, il Giappone, le Filippine e persino la Cina, la Birmania e il Vietnam (e l'elenco non è assolutamente completo)? Anche l'Africa, un tempo chiusa nei suoi consumi tradizionali di *Cannabis*, *khat*, e altre sostanze più misteriose, è ormai stata coinvolta nei grandi affari internazionali della droga. Paesi come la Nigeria, il Kenya e il Sud Africa sono diventati snodi importantissimi sulle rotte dei trafficanti, e iniziano a essere importanti per il riciclaggio. Alcuni paesi si stanno apparentemente organizzando per la coltivazione sia di papavero che di coca. Come è noto, il Marocco è diventato uno dei più importanti produttori di hashish, e ha ormai soppiantato il Libano come principale fornitore dell'Europa. Il traffico di droga ha finanziato o finanzia movimenti armati in ex-Jugoslavia, Kurdistan, Turchia, Cecenia, Azerbaigian, Nagorni-Karabash, Abkhazia, Nicaragua, Perù, Colombia, Birmania, ecc.[7] E la "ragion di stato" o gli "interessi strategici" fanno sì che anche il paese per eccellenza in prima linea nella guerra alla droga - sapete di chi parlo - scenda continuamente a compromessi più o meno segreti, che poi inevitabilmente vengono svelati, rendendo assurda se non ridicola la politica ufficiale.
Per tutto questo è ormai necessario parlare di *geopolitica della droga*, intesa come l'insieme di relazioni, interessi, giochi di potere, strategie di controllo territoriale e sociale, e reali o potenziali conflitti che nascono nel mondo - spesso al di sopra dei confini ufficiali degli Stati - dal mercato illegale delle droghe e dalle forze socioeconomiche che vi operano. E proprio da un punto di vista geopolitico, quello che è stato chiamato il "sistema mondiale della droga" ha dimostrato che - anche nell'epoca delle comunicazioni istantanee, delle banche-dati ad accesso immediato, della cooperazione internazionale delle polizie, dei satelliti spia, dei visori notturni, dei più sofisticati controlli sui movimenti finanziari sospetti, e anche dell'inasprimento delle pene al di là di ogni limite e della più martellante propaganda anti-droga - un sistema economico illecito e parallelo all'economia e alla finanza legale (ma inevitabilmente con esse intrecciato) può nascere, prosperare e svilupparsi fino ad assumere enormi proporzioni nonostante ogni sforzo messo in atto per contrastarlo.

Il peso mondiale del mercato delle droghe

Il mercato delle droghe illegali ha raggiunto un valore immenso, recentemente stimato dall'ONU a 300-500 miliardi di dollari all'anno (540.000-900.000 miliardi di lire), superiore a quello del mercato dell'acciaio, delle automobili o del petrolio,

e pari a circa l'8-10% del valore *totale* del commercio mondiale.[8] Esso influenza quindi profondamente l'economia e la finanza internazionali e i loro sviluppi futuri.

Da un punto di vista puramente economico, la produzione e il commercio di eroina o cocaina non differiscono in nulla dalla produzione e dal commercio di cereali o di farmaci. La fondamentale differenza è che, nel caso delle droghe proibite, tutto deve avvenire al di fuori del mercato regolamentato, in uno spazio d'ombra.[9] Da che mondo è mondo, dove esiste produzione esiste tassazione, e dove esiste tassazione esiste tentativo di evasione. Le zone d'ombra sono quindi molte anche nei mercati legali. Tutti i settori economici hanno la loro quota di operazioni in nero. Ciò che rende il mercato delle droghe un caso del tutto particolare è che, da un lato, tutte le operazioni a tutti i livelli devono avvenire in nero, e dall'altro, che il suo "fatturato" globale è oggi, come abbiamo visto, elevatissimo e paragonabile a quello di settori-chiave dell'economia legale. Farlo "non esistere", mimetizzarlo, non è facile. In realtà, il mercato della droga riesce a vivere e a prosperare proprio in virtù della sua enorme capacità di generare profitti, e quindi anche di pagare, a tutti i livelli, le necessarie connivenze o omissioni di chi dovrebbe istituzionalmente controllarlo. Si può esser certi che molti paesi produttori e molti "paradisi fiscali", hanno oggi nel narcotraffico una (a volte *la*) voce fondamentale dei loro bilanci non ufficiali. Ma anche i paesi più sviluppati beneficiano ampiamente dei traffici illeciti. Ancora oggi, tutti i paesi ricchi sono centri finanziari fondamentali per il riciclaggio del denaro "sporco". In alcuni paesi - tra cui, ritengo, deve purtroppo contarsi l'Italia - è possibile che il traffico di droga alimenti una specie di economia parallela che pone un argine a squilibri più o meno strutturali e contribuisce a ridurre i guasti della crisi occupazionale.[10]

Riciclaggio

Una parte consistente dei profitti del narcotraffico deve trovare sbocchi di investimento. Ciò può avvenire verso altre operazioni illegali, ma per la maggior parte il denaro della droga deve prima o poi arrivare sul mercato legale. Il tesoro dei trafficanti - ben mascherato e reso irriconoscibile - costituisce certamente una parte cospicua dei fondi privati inseriti nel sistema mondiale di gestione del risparmio. In effetti, i trafficanti di droga a ogni livello non possono espandere continuamente il loro volume d'affari nel settore: la rete di distribuzione di cui fanno parte è tutto sommato, per ovvi motivi, molto rigida. Perciò, salvo che in occasioni speciali, come lo smantellamento da parte della polizia di una rete di traffico concorrente, i grandi profitti realizzati non possono essere immediatamente reinvestiti in quantità sempre crescenti di droga. In parte sono

investiti in altre attività illegali, in parte consumati, ma la quota maggiore probabilmente viene investita in attività legali, o entra nel grande circuito della finanza internazionale. Ogni giorno, ogni settimana, ogni mese, è necessario trovare il modo di conservare al sicuro e mettere a frutto molto denaro. Il riciclaggio del denaro più o meno "sporco", cioè la sua (re)immissione sul mercato legale dei capitali (*money laundering*), è un problema di tutte le operazioni illegali, dall'evasione fiscale alla "tangente", alla gestione del riscatto in un sequestro di persona. Nel caso del narcotraffico il riciclaggio del denaro assume un'importanza e raggiunge una sofisticazione del tutto particolare, coinvolgendo numerosissime persone insospettabili, ben introdotte negli ambienti bancari e finanziari internazionali, capaci di architettare operazioni di grande complessità. Se un tempo ci si poteva fidare del semplice segreto bancario di paesi come la Svizzera, il Lussemburgo, Singapore, Hong Kong, oggi occorre inventare meccanismi di "ripulitura" del denaro molto più complicati, appoggiarsi alle mille opportunità offerte dalle società fiduciarie nei più remoti "paradisi fiscali", far nascere e morire attività di copertura, costruire vere e proprie reti di insospettabili prestanome, affidarsi alla rapidità delle transazioni elettroniche - insomma sfruttare appieno tutte le opportunità offerte dall'attuale liberalizzazione dei movimenti di capitale, e dal loro volume, per rendere impossibile seguire le tracce lasciate dal denaro della droga.[11]

Tanti, maledetti, e subito

Per capire la formazione del prezzo e l'entità dei profitti sul mercato della droga, e in particolare su quello dell'eroina, posso riportare qualche cifra. Faccio subito notare che, comunque, si tratta in qualche modo di "dare i numeri". Non è facile entrare in dettagli concreti sui costi e sui profitti di un prodotto specifico neppure con un'impresa perfettamente in regola con le leggi - provate a chiedere all'IBM o alla Roche! - figuriamoci con un'impresa non solo illegale ma addirittura quasi suddivisa in compartimenti stagni, come quella della droga.
Lo studio più famoso - un vero e proprio "classico" mille volte citato - è quello di E. Preble e J.J. Casey, Jr. del 1969.[12] Secondo lo schema di distribuzione individuato da questi ricercatori a New York, il mercato dell'eroina si articolava all'epoca su sei livelli, dall'importatore al piccolo spacciatore, lungo i quali il chilo iniziale di eroina (puro all'80%) diventava alla fine 24 chili (puri al 3,3%), e il valore passava da 5.000 a 735.000 dollari (+14.600%). Queste stime di trent'anni fa non sono più valide, e non solo per i numeri, ma probabilmente anche per la struttura del sistema di distribuzione. L'eroina al dettaglio - almeno in paesi come gli Stati Uniti, l'Inghilterra, l'Olanda - è molto più pura di un tempo, e i prezzi non sono aumentati in proporzione. Secondo stime ONU, tratte dal solito *World*

Drug Report (p. 126), 10 chili di oppio in Pakistan nel 1994 costavano circa 900 dollari. Da essi si otteneva circa 1 chilo di eroina, che valeva 2.870 dollari in Pakistan, ma che una volta arrivato negli USA valeva circa 80.000 dollari all'ingrosso e 290.000 dollari al dettaglio (purezza finale 40%). Visto che da un chilo di eroina puro al 90% si ricavano 2,25 chili al 40%, 80.000 dollari investiti in eroina pura renderebbero 652.500 dollari come eroina tagliata (+715%). Secondo la DEA, l'ente anti-droga del Dipartimento della Giustizia USA[13], nel 1996 un chilo di eroina di prima qualità del sud-est asiatico costava negli Stati Uniti 150-200.000 dollari, ma la nuova eroina colombiana, anch'essa di ottima qualità, veniva offerta a prezzi stracciati (90.000 dollari/kg), e spesso era "imposta" agli acquirenti di cocaina come condizione per continuare le forniture.

Le grandi vie del traffico

L'eroina è prodotta essenzialmente in tre aree: *Triangolo d'oro* (Birmania, Laos, Thailandia), *Mezzaluna d'oro* (Afghanistan-Pakistan), America centro-meridionale (Messico e Colombia). Di lì, per raggiungere i grandi mercati di Nord America e Europa, segue vie consolidate da decenni di traffici (Centro America e Caraibi; Turchia e via dei Balcani), ma anche vie nuove (Birmania-Yunnan-Hong Kong, quindi Stati Uniti e Australia; o Asia Centrale ex-sovietica, paesi del Caucaso, quindi Russia e Europa) e non disdegna percorsi lunghi e tortuosi (per esempio attraverso il Kenya, il Sud-Africa o la Nigeria).
La crescita in volume del commercio mondiale, lo sviluppo del sistema dei trasporti, la liberalizzazione degli scambi, l'aumento dei viaggi internazionali per turismo e per lavoro, la formazione di estese aree di libera circolazione di merci e persone - fenomeni letteralmente esplosi negli ultimi decenni - sono tutti fattori favorevoli all'economia ufficiale quanto a quella non-ufficiale. Oggi è assolutamente impossibile fare controlli, anche superficiali, su più di una piccolissima percentuale delle merci o delle persone. Le frontiere sono di fatto sempre più aperte, e dove non lo sono, c'è sempre l'arma della corruzione. Solo i dilettanti, i piccoli operatori in proprio o le "esche" volutamente sacrificate per coprire spedizioni importanti, corrono seri rischi di essere intercettati. La droga non si ferma davanti a nessuna barriera. Basti pensare che elude ovunque persino i controlli dei luoghi più sorvegliati, come le caserme e le carceri.
Non solo i percorsi, ma anche i mezzi di distribuzione delle droghe illegali dimostrano un'estrema adattabilità e fantasia. Se un tempo la droga viaggiava soprattutto nei doppi fondi delle valige, nelle pancere e nei reggiseni imbottiti, e a volte con il "corriere diplomatico" di qualche stato poco raccomandabile, oggi le cose sono molto cambiate. Ci sono ancora piccoli trasportatori che ingeriscono qualche etto di droga in "ovuli" di gomma - a volte rischiando la vita.

Ma le grandi spedizioni, quelle che contano, viaggiano sugli aerei-cargo in mezzo ai fiori o alla frutta, nei TIR fra gli alimenti surgelati, nei *containers* fra i macchinari, su lussuosi *yachts* a vela, in velocissimi motoscafi, in aerei da turismo e persino in piccoli sottomarini telecomandati... Tutti i trucchi sono stati provati: qualcuno ha dissolto cocaina in bottiglie di liquore, l'ha sigillata in scatole di caffè, l'ha inserita all'interno di oggetti di artigianato in legno, o ha addirittura fabbricato delle valigie con una "resina alla cocaina". Un fantasioso trafficante americano - poi scoperto per aver voluto strafare - si specializzò nell'organizzazione di viaggi-premio in Colombia per anziani consumatori di caffè colombiano: gli ignari e insospettabili partecipanti tornavano regolarmente indietro pieni di regali imbottiti di cocaina - regali che prontamente, "con mille scuse per l'errore", venivano sostituiti con altri (apparentemente più belli e di maggior valore) non appena varcata felicemente la dogana... Le polizie antidroga ammettono di basarsi soprattutto sulle "soffiate" di informatori o sulla rischiosa infiltrazione di agenti all'interno delle bande criminali. Nella realtà, molto probabilmente, gran parte dei sequestri è in qualche modo programmata dai trafficanti: ti faccio avere una soffiata su un certo TIR con venti chili di eroina e ne faccio passare subito dietro un altro con cinquecento. Questo fa parte del gioco. Il sequestro è un grande successo delle forze dell'ordine e sarà annunciato con la consueta enfasi nei telegiornali della sera: "*Sgominata una banda che riforniva di eroina...*". Per i trafficanti, è la tassa da pagare. Considerando che il costo della droga all'origine è solo una piccolissima frazione dei ricavi sul mercato finale, si tratta di una tassa veramente trascurabile.

Sequestri

Al di là delle altisonanti proclamazioni, l'impressionante aumento dei sequestri di droga (31 tonnellate di eroina e 13 di morfina; 251 tonnellate di cocaina; 3.000 tonnellate di *Cannabis* e 1.000 di hashish nel mondo nel 1995)[14] non ha avuto ripercussioni concrete sul mercato. In America, Europa e Asia, la cocaina e l'eroina non sono mai state così pure e i loro prezzi così bassi come oggi. Nessuna delle operazioni più clamorose ha mai avuto effetti più che momentanei. È facile prevedere che anche la recente pubblica distruzione, in un rogo purificatore, di ben 51 tonnellate di oppio e eroina sotto lo sguardo commosso delle autorità iraniane e del sottosegretario ONU Pino Arlacchi (2 luglio 1998), non priverà nessun consumatore della dose quotidiana. Del resto, neppure i più incredibili sequestri singoli di eroina o cocaina[15] - del valore teorico di alcune migliaia di miliardi di lire ciascuno - ebbero significative ripercussioni né sulla disponibilità di droga né sui prezzi, a testimonianza degli enormi margini di guadagno del narcotraffico e della facilità di sostituzione della merce perduta. Si

dice che circa il 10% della droga disponibile sul mercato nero venga sequestrata. Qualcuno arriva a ipotizzare fino al 30%. Dati i profitti che abbiamo visto più sopra, questi sequestri non hanno praticamente incidenza sui prezzi finali e possono essere facilmente riassorbiti dai trafficanti, specie agli alti livelli. Secondo l'agenzia ONU per il controllo delle droghe, i margini di profitto sono tali che occorrerebbe intercettare almeno il 75% delle spedizioni di droghe per intaccarli sostanzialmente.[16]

Dietro l'angolo

Non imprevedibilmente, assistiamo oggi a un'ulteriore complicazione. Le mafie del narcotraffico stanno sempre più dedicandosi alla produzione e commercio di droghe sintetiche. Queste sostanze, in genere abbastanza semplici da produrre partendo da precursori ampiamente disponibili e difficilmente controllabili, vengono preparate in piccoli laboratori clandestini direttamente nei paesi consumatori o al massimo in paesi confinanti. Esse sono probabilmente pronte a sostituire del tutto quelle tradizionali (con la sola eccezione della *Cannabis*), nel caso che i prodotti naturali - grazie ai progetti di qualche Pino Arlacchi - dovessero in futuro diventare scarsi o addirittura venir a mancare.
Abbiamo già accennato, a questo proposito, alla concreta possibilità di alternative sintetiche all'eroina (soprattutto derivati della serie della meperidina o del fentanyl) e alla cocaina (amfetamine). La metamfetamina - oggi disponibile anche in forma da fumare ("*ice*", "*shabu*") - è diventata una delle sostanze più popolari in molti paesi, e in varie aree degli Stati Uniti sembra ultimamente ben avviata a soppiantare la cocaina.[17] Inoltre, hanno crescente successo le cosiddette "nuove droghe" - che spesso di nuovo hanno solo il nome e che costituiscono già oggi una reale alternativa alle droghe tradizionali. Purtroppo, specie per le vere "*designer drugs*" - le sostanze sintetizzate in modo empirico, modificando molecole già note - non si hanno e non si possono avere dati affidabili sulla loro tossicità nell'uso acuto e soprattutto in quello cronico. I pericoli potenziali, come ho già avuto modo di evidenziare, sono immensi. Bisogna anche sottolineare che quasi sempre, con le sostanze sintetiche, i margini di profitto sono più alti che con quelle naturali,[18] mentre i rischi - essendo spesso eliminati i problemi del trasporto a grande distanza, con diversi intermediari, attraverso diverse frontiere - sono nettamente inferiori. Nel prossimo futuro - anche in conseguenza della crisi economica - possiamo aspettarci ulteriori sorprese, soprattutto dagli stati tecnologicamente avanzati ma socialmente e politicamente destrutturati, come i paesi dell'est europeo e soprattutto l'ex-URSS. Qualcuno immagina quanti laboratori ben attrezzati e quanti ottimi chimici senza lavoro ci sono in questi paesi? E quali controlli sono realisticamente possibili?

Sostituzione delle colture

Questo è uno dei più propagandati strumenti di lotta alla droga nei paesi produttori. L'ONU ha puntato molto su di esso in passato, specie ai tempi dell'incarico all'UNFDAC di Giuseppe di Gennaro (1982-1990). L'idea è semplice e attraente: sostituiamo le colture della droga con altre più benefiche e sane, per il miglior sviluppo delle povere popolazioni oggi sfruttate dai maligni narcotrafficanti, e per il bene di tutto il mondo. Ma come va in pratica? James Painter, analizzando il caso della Bolivia, porta ad esempio della difficoltà di sostituire una pianta come la coca il problema della deperibilità dei prodotti alternativi e del costo dei trasporti. Nel Chaparé nemmeno si raccolgono gli aranci, i limoni e i pompelmi dei nuovi agrumeti: quelli che non si consumano localmente vengono lasciati marcire. Infatti nel 1990, a La Paz, il valore di mercato di un carico di arance era pari a 75 dollari, tanto da coprire appena il prezzo del trasporto. Prodotti sicuri come le noci macadamia o la gomma non sono sostituibili alla coca per motivi diversi, anche se in teoria potrebbero rendere di più. Infatti, l'albero delle noci richiede nove anni, e quello della gomma addirittura quindici, per diventare produttivo. Nessun piccolo produttore di coca potrebbe aspettare tutto quel tempo.[19]

Ma ci sono anche altri racconti. Nel suo libro, di Gennaro fa un esempio: arrivano gli americani e danno subito mille dollari ai contadini delle Yungas boliviane che accettano di sostituire la coca. Questi eradicano il loro campicello e si danno per un po' alla bella vita. Altri contadini, invidiosi di tanta fortuna, si buttano subito a piantare nuova coca per partecipare anche loro al prossimo programma.[20] Non so se questa sia solo una versione di parte. Ma qualcosa non deve funzionare davvero, se da più di vent'anni i rapporti ufficiali dell'ONU e della DEA americana riferiscono dati sulle superfici coltivate a coca e papavero e sulla produzione delle sostanze illegali in vigorosa crescita.

Una storia ONU

Data: settembre-ottobre 1990. Rivista: *Development Forum* (bimestrale ONU). Pagina 6. Articolo di Zoraida Portillo: *"I piantatori di coca non riescono a trovare compratori per i raccolti alternativi"*. Migliaia di coltivatori di coca della Valle dello Huallaga in Perù sono stati convinti dal loro governo e dall'UNFDAC (il fondo delle Nazioni Unite per il "controllo" dell'abuso di "droga") a coltivare, al posto della coca, una pianta chiamata *achiote* utilizzabile per produrre coloranti e farmaci. Al momento del raccolto, e con le prime 11 tonnellate di *achiote* pronte da vendere, i contadini vengono a sapere che *"apparentemente non c'è mercato"* per il loro prodotto. Immaginate il dialogo con i funzionari UNFDAC? *"Sorry, ci spiace tanto per voi, ma a noi il vostro achiote proprio non serve..." "No, non sappiamo a chi può interessare...". Errare humanum.*

Guerra alla droga

Se - per concludere - posso dire chiaramente quello che penso, vorrei dire che la "guerra alla droga"[21], se ufficialmente è condotta contro i "narcotrafficanti" (una categoria di criminali tanto odiata e temuta quanto creata artificialmente dalla soluzione proibizionistica del "problema droga"), in realtà colpisce tutt'altri bersagli. Nel sud del mondo è soprattutto una guerra crudele scatenata con intollerabile violenza in villaggi poverissimi, contro famiglie poverissime, che traggono dalla coca o dall'oppio un magro reddito per *sopravvivere*, e che tradizionalmente trovano in queste "droghe" un piccolo sollievo dalla fatica e dalle sofferenze della loro vita. A casa nostra, nei paesi "ricchi", è invece la persecuzione poliziesca di persone che hanno la sola colpa di scegliere i loro privati generi di conforto fra quelli che i benpensanti al potere considerano inaccettabili. Molto spesso, e particolarmente nel caso degli oppiacei, persone infelici e piene di problemi.
Per i "grandi" del mondo, la guerra alla droga è diventata una questione di pura immagine, una prova di forza purtroppo incredibilmente pagante sul piano politico, anche se non ha toccato in alcun modo il potere e il denaro dei narcotrafficanti e dei loro corrotti amici e complici, e non ha impedito la crescita globale della produzione e dei consumi di droghe, oltre a non aiutare in nessun caso i supposti destinatari finali di tanta attenzione. La guerra alla droga è stata ed è non solo un colossale inganno, ma una vergogna, uno scandalo, un'ingiustizia che ha portato alla fame o alla morte milioni di persone che non avevano alternative per la sopravvivenza o che cercavano in un *farmaco* un sollievo alle loro pene. A mio parere, se ci sono persone con infinite tragedie e migliaia di morti sulla coscienza, questi sono proprio i politici proibizionisti, che hanno trasformato tutte le droghe in fantastiche opportunità di affari e di potere per pericolosissime bande criminali, e che in particolare hanno trasformato l'eroina - una droga che pacifica e assopisce - in una droga che uccide. E che percorrendo testardamente, a testa bassa, queste strade senza futuro, ci hanno regalato l'insicurezza nelle città e la diffusione incontrollata dell'AIDS.

Bibliografia essenziale per questo capitolo
Becchi A.-Turvani M. 1993; INCB 1996 e 1997; Labrousse A.-Koutouzis M.1996; Labrousse A.-Wallon A. 1993; McCoy A.W. 1991; Morel B. -Rychen F. 1994; OGD 1996; UNIDCP 1997; U.S. Department of State 1993, 1996, 1997.

Sostituzione del papavero in Thailandia: un esempio da meditare

Per la sua pronta risposta alle pressioni internazionali e grazie a notevoli finanziamenti, la Thailandia fu il primo paese interessato alla sostituzione delle colture di papavero con alberi da frutto e ortaggi. Il suo sistema stradale era infatti l'unico del sud-est asiatico a permettere il trasporto di merci deperibili dalle campagne alle città (nello stato Shan della Birmania, a est del Salween, o nel nord del Laos, praticamente non esistono strade). Ma non è tutto oro quel che luce. Dal 1984, nella regione di Pa Kluay, un progetto thai-norvegese portò all'eradicazione forzata e alla sostituzione dei papaveri con i cavoli presso i contadini Hmong. I Hmong, che coltivano con la tecnica del "taglia e brucia" (e non solo per tradizione, ma anche per motivi pratici legati alle caratteristiche dell'ambiente) hanno distrutto dodici volte più foresta per coltivare i cavoli di quanta ne avessero distrutta prima per i papaveri. Inoltre, i cavoli richiedono molta più acqua dei papaveri, e quindi torrenti e ruscelli della zona sono stati deviati verso i campi, e non portano più l'acqua nella bassa valle di Mae Soi, i cui 11.000 contadini soffrono per la siccità. I cavoli hanno anche bisogno di molto più concime chimico dei papaveri, ciò che ha creato inquinamento. Infine, i cavoli sono molto più deperibili dell'oppio, e devono essere venduti subito: sono quindi soggetti al mercato del giorno, e il contadino non può decidere di rinviare la vendita a un momento migliore. Ma ci sono anche altri effetti indesiderabili. Ancora nel 1983 i Hmong della regione producevano in proprio tutto l'oppio necessario al consumo locale (medico o quasi-medico, rituale, per le feste religiose...): 32 tonnellate all'anno per circa 27.000 consumatori (su 400.000 abitanti). Fra il 1985 e il 1988, la produzione di oppio è scesa a circa 25 tonnellate all'anno, insufficiente per le richieste, e il deficit è stato coperto dall'arrivo di eroina birmana. Gli anziani si accontentano di fumare l'eroina, ma i giovani hanno imparato a iniettarla, in pessime condizioni igieniche che hanno portato alla diffusione (specie dopo il ritorno ai villaggi di ex-prostitute da Bangkok o Chiang Mai) di epatite e AIDS. E così, il progetto di eradicazione dei papaveri non solo non ha risolto, ma ha contribuito ad aggravare i problemi locali della tossicomania favorendo il traffico di eroina, prima inesistente, presso le etnie Hmong e Karen, mentre gli Akha (il gruppo meno numeroso e per tradizione più forte consumatore di oppio), con la diffusione di malattie mortali come epatite e AIDS sono minacciati addirittura di sparizione (OGD 1996, p. 118-9). Secondo un rapporto interno dell'UNDCP del 1990, *"nel 1985 i più lucidi di coloro che hanno pianificato questi interventi non prevedevano che il successo dell'eradicazione avrebbe aumentato in modo spettacolare i consumi di eroina"* (OGD 1993, p. 71). Ma che peccato! E figuriamoci i meno lucidi... Per inciso, la Thailandia è citata nel *World Drug Report* ONU come esempio del passaggio all'eroina con queste parole: *"fra la fine degli anni '50 e la fine degli anni '70 in Thailandia i consumatori di oppiacei passarono gradualmente dall'oppio fumato all'eroina fumata, e infine all'eroina iniettata"* (UNIDCP 1997, p. 32). Il rapporto sorvola sul fatto che, vedi caso, proprio nel 1959 in Thailandia l'oppio fu messo fuori legge e furono chiuse le fumerie autorizzate!

Note

1. D. Waldorf-C. Reinarman 1974, p. 23.

2. UNIDCP 1997, p. 45.

3. UNIDCP 1997, p. 31-2.

4. Pochi anni dopo, con l'introduzione della raccolta della "paglia di papavero" per l'estrazione degli alcaloidi senza passare dall'oppio, la Turchia riprese le coltivazioni. In seguito divennero produttori di paglia di papavero anche l'Australia, con coltivazioni intensive in Tasmania, la Francia e la Spagna. Molti altri Stati (Polonia, Russia, Cina) restarono e restano grandi coltivatori di papavero per l'alimentazione e l'industria farmaceutica. L'India è oggi l'unico paese produttore-esportatore di oppio legale.

5. A.McCoy, in: Labrousse A.-Wallon A. 1993, p. 248. Secondo l'ultima rilevazione del governo pakistano, riferita nel World Report dell'ONU (p. 283), nel 1993 i consumatori di eroina erano oltre 1.500.000, a cui andavano sommati i consumatori di oppio e altri oppiacei (soprattutto buprenorfina).

6. OGD 1996, p. 6.

7. Per alcuni degli esempi più emblematici, si vedano: McCoy A.W. 1991; McCoy A.W.-Block A.A. 1992; Lintner B. 1991; Labrousse A.-Koutouzis M. 1996; Renard R.D. 1996 e i molti articoli apparsi in questi anni sulle riviste e i giornali più attenti (fra i più accessibili segnalo *Narcomafie*, *Il manifesto*, *Internazionale* e *Le Monde Diplomatique*).

8. UNIDCP 1997, p. 124.

9. Forse è il caso di sottolineare ancora una volta la grave responsabilità che ci si è assunti nel lasciare che una classe particolare di farmaci - perché questo sono in realtà le droghe proibite - siano prodotti da imprenditori criminali senza alcun controllo di qualità, e siano venduti liberamente 24 ore al giorno, 365 giorni all'anno. Una cosa simile sarebbe assolutamente inconcepibile per gli antibiotici o gli antitumorali.

10. Morel B.-Rychen F. 1994, p. 110.

11. Il Dipartimento di Stato USA cita ben 40 stati come "*principali paesi coinvolti nel riciclaggio del denaro*" (vedi: *International Narcotics Control Strategy Report* del marzo 1997, disponibile su Internet).

12. Preble E.-Casey J.J. 1969. Taking care of business: the heroin user's life on the street. *International Journal of the Addictions* 4:1-24. Vi sono anche stime più recenti dei moltiplicatori di valore fra il livello della produzione e quello della vendita finale al dettaglio. Per la cocaina, 1 dollaro investito nell'acquisto di foglie di coca si moltiplicherebbe da 200 a 2000 volte. Per l'eroina, da 700 a 2000 volte (Couvrat J.-F.-

Pless N. 1988, p. 54; Morel B.-Rychen F. 1994, p. 67; OGD 1996, p. 209-11). Per fare un confronto con un bene legale, il valore del petrolio passa all'incirca da 1 a 40.

13. Testimonianza di T.A. Costantine del 19/9/1996 davanti al Congresso, disponibile sul sito Internet della DEA.

14. UNIDCP 1997, p. 24.

15. Per l'eroina: 3,6 tonnellate intercettate nel Belouchistan (12 marzo 1992); 6,3 tonnellate nel territorio tribale del Khyber (24 marzo 1994). Per la cocaina: 13,8 tonnellate di cocaina-base e cocaina in un "laboratorio" nella giungla colombiana (21 marzo 1984), 20 tonnellate di cocaina nella San Fernando Valley in California (29 settembre 1989). Peraltro più di una volta (a partire dai sequestri record a New York ai tempi della *French Connection*) la droga sequestrata è misteriosamente scomparsa dai depositi della polizia, anche se queste cose si vengono a sapere (quando si vengono a sapere) solo dopo anni.

16. UNIDCP 1997, p. 123.

17. Secondo il solito rapporto ONU, i sequestri di amfetamine si sono moltiplicati per nove fra il 1978 e il 1993, e mentre in passato si erano osservati solo episodi localizzati di abuso, oggi le amfetamine sono consumate in "*praticamente ogni regione del mondo*"(UNIDCP 1997, p. 19). Tra parentesi, un altro bel successo del proibizionismo, visto che probabilmente si consumavano meno amfetamine (e certo con meno danni), quando prima del 1970 erano ovunque in libera vendita.

18. All'inizio degli anni '90 la DEA calcolò che un buon chimico poteva produrre in quattro giorni, con un investimento di 150 dollari (al cambio attuale, più o meno 270.000 lire), circa 500 grammi di 3-metilfentanyl (7000 volte più potente della morfina), equivalenti a almeno 50.000.000 di dosi unitarie: in teoria, a 10 dollari l'una, esse avrebbero avuto un valore al dettaglio di 500 milioni di dollari (900 miliardi di lire)! (OGD 1993, p. 91).

19. Painter J. 1994, p. 13.

20. Di Gennaro 1991, p. 164.

21. Val la pena di ricordare che questa fase - la più violenta della storia - fu iniziata dal presidente americano Ronald Reagan con due enfatici appelli alla nazione, in cui parlò della necessità di una "*crociata nazionale contro le droghe*" (4 agosto 1986), e addirittura di "*un'altra guerra per la nostra libertà...*" (14 settembre 1986).

9. UN MALEDETTO IMBROGLIO

"*L'oppio e la morfina sono certamente droghe pericolose, che provocano dipendenza. Ma una volta che si ammette il principio che è compito del governo proteggere l'individuo contro la sua stessa stupidità, nessuna seria obiezione può più essere avanzata contro ulteriori intrusioni. (...) Non è il danno che un uomo può fare alla sua mente e al suo spirito ancora più disastroso di quello che può fare al corpo? Perché non impedirgli di leggere cattivi libri e vedere cattive commedie, guardare cattivi quadri e cattive sculture, ascoltare cattiva musica?* " (L. von Mises)

"*Più rifletto e più sono convinto che (...) cercare la felicità ed evitare la sofferenza in ciò che non arreca danno agli altri è un diritto naturale (...) Penso che questo sia un principio di per sé evidente ed assoluto e che se qualcuno mai riuscisse a sovvertirlo, non resterebbe azione umana che non potesse esser definita un crimine*" (J.J. Rousseau)

"*Ogni gruppo di potere (...) racconta la sua storia come gli piacerebbe che venisse creduta, come pensa che promuova i suoi interessi (...) Ogni gruppo di potere trae profitto dall'ambiguità e dalla mistificazione, che nascondono la realtà del potere agli occhi di coloro sui quali il potere viene esercitato, e perciò rendono più facile la conservazione dell'egemonia e della legittimazione.*" (H.S. Becker - I.L. Horowitz)

"*Colui che cerca di regolare ogni cosa con la legge fomenterà il vizio piuttosto che correggerlo*" (B. Spinoza)[1]

La politica di fronte alla droga; Proibire, proibire!; Le ragioni del proibizionismo; Le conseguenze del proibizionismo; Remore al cambiamento; Interessi da proteggere; "Diritto di drogarsi"; Uso medico e non medico, lecito e illecito; Da un abbaglio collettivo a un alibi politico; Legalizzare

La politica di fronte alla droga

Il giornalista americano Henry L. Mencken scrisse, più o meno: "*Per ogni problema c'è una soluzione semplice, chiara, evidente. E sbagliata.*" Grazie a una di queste soluzioni, il problema della droga è diventato una specie di maledizione del nostro secolo, un nodo gordiano, un imbroglio inestricabile. A inizio '900, il proibizionismo apparve l'approccio più diretto, se non l'unico, per risolvere un problema non perfettamente compreso, e forse proprio per questo percepito come grave e minaccioso. La droga divenne rapidamente, nell'immaginario

collettivo, un mostro da combattere con ogni mezzo, senza guardare in faccia nessuno e senza fermarsi a piangere sulle vittime. Da allora, almeno presso il grande pubblico, la propaganda - spesso sconfinata nello scandalismo e nell'isteria - ha ampiamente sostituito l'informazione. E nel clima di allarme e di paura così creato, ogni cambiamento continua a essere visto come un salto nel buio, cosicché nessun leader politico di primo piano ha avuto il coraggio di affrontare i rischi di una correzione di rotta.

Da questo pasticcio non sarà facile uscire, perché i pochi che avanzano proposte alternative, per quanto sperimentali, graduali e prudenti, vengono immediatamente tacciati di ignoranza, intellettualismo fuori dalla realtà, irresponsabile permissivismo, o sono semplicemente irrisi. Purtroppo, come insegnano la Santa Inquisizione, la primavera di Praga e piazza Tien An Men, il desiderio di impedire la libera discussione nel nome della purezza ideologica, dell'ordine pubblico o della morale è sempre vivo negli uomini di potere. E così - in totale spregio alla libertà di pensiero e di parola - qualcuno è addirittura arrivato all'estremo di proporre che la semplice denuncia delle politiche proibizioniste come inefficaci o irrazionali e la proposta di politiche alternative venga penalmente perseguita come apologia di reato o favoreggiamento.

Proibire, proibire!

Guardiamo in faccia la situazione. Se nel 1912, alla Conferenza dell'Aja, si era deciso di mettere sotto controllo quattro sostanze, e tutte di origine naturale (oppio, morfina, eroina, cocaina), nel 1948 le sostanze controllate erano già diventate 36 (24 naturali e 12 sintetiche), e dal 1995 sono ben 282 (37 naturali, 245 sintetiche).[2] Alcune, e tra queste l'eroina e la *Cannabis*, sono proibite quasi ovunque anche per uso medico. La produzione e il commercio, e a volte persino il semplice uso delle droghe dichiarate illecite, sono classificati come reati penali e colpiti con sanzioni gravissime, spesso più gravi di quelle applicabili a delitti contro la persona come rapine, lesioni violente, stupri, sfruttamento sessuale, e persino omicidi. In molti paesi si arriva facilmente anche alla pena di morte. Ma al di là della palese iniquità e crudeltà delle pene, credo che abbiamo tutti la chiara percezione della futilità degli sforzi repressivi.

Il "problema della droga" si è enormemente acuito negli ultimi decenni. E la "guerra alla droga" ha costi monetari e umani altissimi, che forse varrebbe la pena di rapportare concretamente ai benefici ottenuti. In effetti, nella storia, non credo che si abbiano altri esempi di così grandi risorse impegnate su un arco di tempo così lungo per affrontare uno specifico problema.[3]

Aberrazioni

Negli USA, ci sono persone - per pura combinazione, quasi sempre giovani neri dei ghetti urbani - condannate a vent'anni e più di carcere per qualche spinello. In Malesia bastano pochi grammi di droga per essere impiccati (senza possibilità di grazia o commutazione della pena). In Cina, Iran, Indonesia, Singapore, Arabia Saudita, la situazione è simile.
Negli Stati Uniti, quando si tratta di droga la tutela della *privacy* e i diritti civili semplicemente non valgono. Steven Wisotsky (1992) ritiene che si debba ormai parlare di una vera "eccezione-droga" alla Carta dei Diritti (*Bill of Rights*) della Costituzione americana. Per esempio, come è accaduto nel 1990 al sindaco di Washington, Marion Barry, la polizia ti può organizzare un *party* a base di sesso e cocaina, e poi mettere una telecamera nascosta e arrestarti in flagranza. Uno sceriffo della Florida può preparare di persona il crack che i suoi agenti in borghese andranno a vendere a ignari acquirenti per arrestarli (aprile 1989). Una casa, una macchina, una barca possono essere sequestrate solo perché, anche all'insaputa del proprietario, qualcuno vi ha lasciato tracce dell'uso di droghe. Il Senato USA (luglio 1989) è arrivato persino a proporre di abbattere gli aerei "*sospettati* di trasportare droga" : prima si spara, poi si va a vedere se erano narcotrafficanti o una famigliola in gita turistica sui Caraibi.
I programmi di distruzione delle colture illegali con erbicidi estremamente tossici provocano ogni anno danni ambientali permanenti in aree poverissime, purtroppo non controllabili da organizzazioni ecologiste o umanitarie indipendenti. Ma ancora più preoccupante sarà l'attuazione di programmi per la lotta biologica al papavero e alla coca con insetti o microrganismi capaci di attaccare le coltivazioni. Nel 1990 si era parlato di un bruco (*Malunya*) che doveva mangiare le foglie della coca: alla fine ci si è fermati, e mi piacerebbe molto sapere le vere ragioni (mai ufficialmente comunicate) per cui lo si è fatto. Ultimamente (1998) si vocifera di un fungo geneticamente modificato (*Pleospora papaveracea*) - creato in Uzbekistan grazie a finanziamenti di Gran Bretagna e Stati Uniti - specifico contro il papavero da oppio. A parte il fatto che le droghe sintetiche sono già pronte a sostituire - in peggio - quelle naturali, e che quindi anche la distruzione *totale* delle colture di coca e oppio sarebbe solo una vittoria di Pirro, questa sola idea dimostra a quali estremi di arroganza intellettuale certi politici e "scienziati" sono capaci di arrivare. Qui si gioca agli apprendisti stregoni, perché purtroppo la biologia e l'ecologia, come la medicina, non sono scienze esatte. Non sappiamo quasi nulla degli equilibri bio-ecologici complessi, e certamente non abbiamo mezzi per prevedere la loro evoluzione a medio e lungo termine, specie a fronte di perturbazioni artificiali. Immettere massicciamente nell'ambiente, in modo assolutamente innaturale, agenti fitopatogeni non selezionati dall'evoluzione ma modificati in laboratorio, anche se accuratamente sperimentati, potrebbe portare a sorprese terrificanti. Nessuno può escludere che - agendo imprevedibilmente lungo le catene biologiche - l'invasione artificiale di un fungo maligno sui campi di papavero possa agire come il famoso battito d'ali di una farfalla in Cina che provoca un uragano nei Caraibi. A chi rivolgersi poi, se direttamente o indirettamente, per banali, umani errori di valutazione o per loro naturale e imprevedibile adattamento, dopo qualche mese o qualche anno, questi *funghi-killer* andassero a sterminare anche altre specie di piante? Magari fra quella dozzina circa da cui dipende totalmente l'alimentazione dell'umanità?

Le ragioni del proibizionismo

Uno dei motivi più spesso addotti per giustificare la proibizione dell'uso di "droghe" è la *protezione della salute.* Purtroppo, è del tutto evidente che la proibizione delle droghe non può far nulla per ridurre i rischi sanitari del loro uso. È ovvio che per chi si fa convincere a non usare le droghe se non su prescrizione medica, tali rischi praticamente si azzerano. Tuttavia, queste persone si farebbero ugualmente convincere sia in regime di proibizione che di assoluta liberalizzazione. Il problema sono le persone che non si fanno convincere, e che decidono di usare comunque queste sostanze. Per esse, a differenza di una distribuzione legale che equipari le "droghe" a tutti gli altri farmaci, il proibizionismo non solo non diminuisce, ma *aumenta* i rischi e i danni delle droghe. Mettendo le droghe in mano alla criminalità, esso elimina ogni possibilità di controllo su qualità, purezza, dosaggio e sterilità delle sostanze. E la clandestinità, la pessima igiene e la scarsa informazione in cui sono costretti a vivere i consumatori di droghe illegali mettono a rischio la salute non solo loro, ma di tutta la popolazione.

Inoltre, è bene sottolineare l'ipocrisia di questo argomento. Dagli Stati Uniti, padri del proibizionismo, viene la contraddizione più incredibile: è legale comprare senza formalità un'arma da fuoco con relative pallottole ma non una fiala di morfina senza prescrizione medica. In qualunque paese non si contano gli oggetti e le sostanze pericolose in liberissima vendita: veleni, pesticidi, solventi, seghe elettriche, bombole di gas, fuochi artificiali... Sono tanti gli sport pericolosi, e nessuno si sogna di proibirli solo perché i pugili muoiono (o restano menomati) sul ring, gli automobilisti e i motociclisti sulle piste, gli alpinisti nelle scalate. Ogni anno i bagni di mare e le gite in montagna, oltre alla caccia, allo sci, al windsurf, alla pesca subacquea, hanno le loro vittime. Nessuno si sogna di proibire tutto ciò in quanto "pericoloso per la salute", e in molti casi pericoloso per la vita. Solo l'uso di sostanze psicoattive - anche se estremamente moderato e saltuario, anche se "quasi-medico" - viene stigmatizzato e perseguitato.

Un altro argomento, meno spesso richiamato, è la *difesa della morale.* Usare "droghe proibite" sarebbe cioè un atto immorale o moralmente degradante. Come è ovvio, questo campo è estremamente ambiguo e scivoloso - e pieno di malafede basata sull'alto principio "la morale è quello che dico io", ovvero "sono droghe quelle che dico io". Prima della proibizione (e in realtà anche dopo) molti personaggi eminenti hanno fatto uso di "droghe" senza per questo perdere neppure un minimo del loro prestigio e della loro capacità di discernere il bene dal male. Persino due papi, Leone XIII e Pio X, oltre all'autorevole cardinale Lavigérie a nome dei suoi missionari, ringraziarono pubblicamente il produttore di un noto elisir a base di cocaina. Benefattori dell'umanità come William Wilberforce e Florence Nightingale, inventori come Edison, filosofi come

Spencer e Nietszche, scrittori come Ronsard, Goethe, Hugo, Ibsen, Verne, Cechov, Cocteau, pittori come Goya e Picasso, musicisti come Massenet e Wagner, poeti come Baudelaire e Umberto Saba, oltre a uomini di stato come Marco Aurelio, Richelieu, Otto von Bismarck, Clemenceau, Churchill, scienziati e medici come Darwin, Ilja Metchnikoff, Freud, Poincaré, Alexis Carrel, William Halsted, Paolo Mantegazza e così via, hanno fatto uso di sostanze oggi dichiarate illegali. Visto che le droghe non hanno cambiato la loro natura e i loro effetti, o la morale è un concetto *molto* relativo ai tempi, o c'è qualcosa di fastidiosamente inconsistente in questo argomento. In realtà, in particolare nel caso degli oppiacei, il proibizionismo ha fatto e fa di tutto per favorire l'emarginazione e la degradazione morale di individui infelici, costringendoli a nascondersi, e condannandoli a essere considerati, e spesso a considerarsi, viziosi e delinquenti. Nulla, nella farmacologia delle droghe, determina di per sé alcuna caduta dei valori morali, e anzi, l'uso di molte droghe nell'ambito di riti religiosi - un elemento costante nella storia e presente in tutti i continenti, dai Misteri Eleusini alla *Native Church of America*, dal Messico all'India, dall'Amazzonia al Gabon, compreso l'uso simbolico del vino nella Messa - dimostra semmai la stretta connessione fra l'esperienza di stati alterati di coscienza e il perseguimento di alti obiettivi spirituali.

Un terzo argomento a favore della proibizione sarebbe la *difesa dell'ordine pubblico.* Il grave problema della criminalità e della violenza legate alla "droga" è il punto più importante nell'immaginario collettivo, ed è quello su cui si è fatto e si fa di tutto per confondere e ingannare l'opinione pubblica. Il politico (o il giornalista) in cerca di facile consenso non deve far altro che attribuire alla droga tutta una serie di crimini e violenze, da quelli delle mafie del narcotraffico a quelli del piccolo spacciatore o addirittura del singolo tossicodipendente alla ricerca dei soldi per la dose. Crimini e violenze che in realtà sono solo da attribuire alla proibizione della droga.

Confondere gli effetti con le cause è un vecchio trucco dei demagoghi, ed è quasi incredibile che ancora oggi possa riuscire. Non dovremmo aver difficoltà a vedere il problema nei suoi termini reali, ma forse è vero che, presi tutti insieme, noi cittadini-elettori siamo proprio una massa di imbecilli. Le cose stanno infatti in modo esattamente opposto a come ci vengono propinate. Avete presente Al Capone e i gangsters di Chicago? *Cosa nostra* - da Palermo a New York? La camorra? La *Pizza connection*? Pablo Escobar? I cartelli di Medellín o di Cali? La mafia turca, russa o cecena? Le triadi cinesi? La *yakuza*? Bene. Il proibizionismo è stato il principale fattore responsabile della nascita, o quantomeno della prosperosa crescita, di interi mondi criminali. Le leggi repressive vengono propagandate come argine alla "criminalità" dei trafficanti e dei consumatori di droghe illegali. Peccato che proprio le droghe illegali e i relativi trafficanti siano stati *creati* da queste stesse leggi: prima semplicemente non esistevano, anche se

la gente usava - come oggi - oppio, morfina e compagnia bella. Anche la cosiddetta microcriminalità legata alla droga, quella che più allarma il cittadino medio, soprattutto delle grandi periferie metropolitane, se osservata con un minimo di obiettività non può essere attribuita tanto all'uso di droghe in sé, quanto - ancora una volta - al proibizionismo e ai prezzi esorbitanti del mercato nero. Molti tossicodipendenti da eroina, per pagare gli alti prezzi della sostanza illegale, finiscono per ricorrere allo scippo o al furto, è vero. Ma solo perché si sono cacciati in un pasticcio troppo costoso per loro. I benestanti e i ricchi non hanno bisogno di rubare per comprarsi le loro droghe, e infatti se le godono in pace, per lo più del tutto indisturbati.

Ricerche storiche

Le ricerche storico-sociologiche più complete sugli oppiacei sono quelle di V. Berridge - G. Edwards (1981), D.T. Courtwright e colleghi (1982, 1989), A. de Liedekerke (1984), H.W. Morgan (1974, 1981), D.F. Musto (1973), T.M. Parssinen (1983), J.-J. Yvorel (1992) citate in bibliografia. Molte biografie di artisti del jazz e del pop, come le drammatiche interviste di J. Larner e R. Tefferteller, sono una miniera di informazioni su un certo mondo che fa uso di "droghe" - anche se in genere poco attendibili come informazioni sulle sostanze.

Le conseguenze del proibizionismo

Con il proibizionismo, come abbiamo visto, si crea *artificialmente* lo spazio economico per un mercato clandestino delle droghe che offre l'opportunità di profitti immensi. Se non ci sono i mezzi tecnici - ed è inutile illudersi, non esistono - per impedire questo fenomeno, il proibizionismo è un'operazione persa in partenza. Tutto il denaro e l'impegno profusi per contrastare la produzione, il traffico e il consumo di droghe servono solo ad aumentare il loro valore di scambio sul mercato nero. La nascita e l'evoluzione del contrabbando di oppio in Cina, fin dall'editto proibizionista del 1729, avrebbero dovuto aprire gli occhi. Il Celeste Imperatore, che aveva pensato di frenare con la proibizione dell'oppio il deficit degli scambi commerciali con l'Inghilterra, aveva fatto male i suoi calcoli, e aveva messo in moto un sistema in cui pochi profittatori avevano potuto rapidamente arricchirsi e acquistare potere a spese dell'intera nazione. Questo fenomeno si ripete oggi su scala mondiale, e i singoli e la società nel suo insieme ne pagano i costi. E - a parte l'immenso danno del potere economico e politico conquistato dai grandi narcotrafficanti - i costi riguardano il portafoglio e lo *status* sociale dei consumatori di droghe, la salute di consumatori e non consumatori, lo sviluppo di una microcriminalità diffusa, la sensazione di paura

e insicurezza dei comuni cittadini, le limitazioni dei diritti civili giustificate con le difficoltà della repressione, e - ultimo ma non minore - il consumo di buona parte del gettito fiscale per sostenere la costosissima "lotta alla droga" invece che per affrontare problemi più seri e meno artificiali. Ci sono infine i gravissimi - e mai sufficientemente denunciati - danni derivanti dall'intimidazione e disinformazione della stessa classe medica, che troppo spesso ha rinunciato a trattare adeguatamente il sintomo *dolore*.[4] Come è stato scritto, nessun malato dovrebbe mai desiderare di morire solo perché il suo medico ha paura a usare la morfina: eppure questo succede tutti i giorni, in quasi tutti i paesi del mondo.

Remore al cambiamento

Il vero nodo da sciogliere sta ormai nell'intreccio assolutamente perverso fra le opzioni (e le inerzie) politiche, gli interessi strategici dei paesi dominanti, le rivalità e la competizione fra gli stati, l'equilibrio del sistema economico-finanziario globale, e la libertà di azione e la potenza economica degli operatori illegali. Nessun governo vuol cedere per primo sul proibizionismo, perché le alternative non sono giudicate politicamente vincenti nell'immediato - e se qualcuno coraggiosamente, prudentemente, limitatamente, cerca una strada nuova (penso all'Olanda e alla Svizzera), tutti gli altri sono pronti a colpevolizzarlo, ostacolarlo, e accusarlo di sabotaggio nella guerra santa contro il Male. I governi si trincerano dietro l'impossibilità di "*legalizzare la droga in un solo paese*", pur sapendo benissimo che nessun intervento globale sarà mai proponibile *d'emblée*, senza piccoli passi autonomi in ambiti locali, a meno che - e fortunatamente non è un'ipotesi in vista - non sopravvenga una specie di governo dittatoriale unico a livello mondiale.

In realtà, è senz'altro possibile che le stesse dimensioni del mercato mondiale della droga illecita siano diventate uno dei maggiori freni al cambiamento. Il mercato finanziario internazionale tiene conto dell'immenso giro d'affari delle droghe illecite, perché in un modo o nell'altro anche le transazioni non ufficiali - e non solo attraverso il cosiddetto riciclaggio, ma anche in quanto generatrici di reddito liquido per i consumi quotidiani degli operatori criminali - partecipano alla formazione degli equilibri globali. Toccare troppo brutalmente un mercato che, sebbene illegale e "in nero", genera un volume di affari di centinaia di miliardi di dollari potrebbe avere conseguenze imprevedibili. La cosiddetta "globalizzazione", la liberalizzazione dei movimenti di capitale, la generalizzazione delle transazioni elettroniche hanno portato a un enorme aumento in valore delle operazioni puramente finanziarie e l'economia mondiale è diventata particolarmente instabile. È stato valutato che solo il mercato valutario muove qualcosa come 800 miliardi di dollari *al giorno* (da paragonare al

totale del commercio mondiale di 4.000 miliardi di dollari *all'anno*)[5], cosicché è difficile non concordare con Bernard Morel e Frédéric Rychen quando parlano di "*economia da casinò*" o con il direttore di *Le Monde Diplomatique*, Ignacio Ramonet, che ha intitolato il suo ultimo libro "*Geopolitica del caos*". In questo disordine, come intervenire, se non con piccoli passi e con interventi limitati e locali, su un settore che, sebbene illegale, per la sua importanza nell'economia e nella finanza globale potrebbe realmente far crollare tutto il castello di carte? Eppure si sostiene sempre, quando si vuol far vista di concedere una *chance* all'antiproibizionismo: o in tutto il mondo contemporaneamente o niente. Il che equivale a dire: mai, in nessun posto, per nessuna ragione. Probabilmente, il fatto che non si possa neppure ragionare apertamente delle ripercussioni economico-finanziarie di un cambiamento della politica della droga è particolarmente grave, ed è certamente, per i nostri cosiddetti "leaders", un altro buon motivo per continuare, alla cieca, nella politica del giorno per giorno.

Chi governa il mondo

Se mai ce ne fosse bisogno, possiamo capire chi davvero governa il mondo sulla base delle sostanze che sono rimaste lecite o meno. Quelle che hanno conquistato le masse nei paesi storicamente dominanti sono rimaste lecite: parlo di alcool, tabacco, caffè, psicofarmaci vari. Vengono difese in tutti i modi anche contro ogni evidenza, e vengono spesso sfacciatamente pubblicizzate. Il caso del tabacco è emblematico: le grandi compagnie del tabacco sono tutte occidentali, e la pubblicità delle sigarette - da qualche anno, e solo dopo grandi sforzi, vietata o molto limitata in occidente - è diventata assolutamente martellante (e purtroppo, soprattutto rivolta ai giovani) nei paesi del Terzo Mondo che aspirano al "modello americano". Viceversa, le droghe tradizionalmente associate a paesi subalterni e a culture minoritarie o esotiche sono state messe al bando non solo nei paesi dominanti, ma anche - in base al diritto del più forte - in quelli che le hanno usate da sempre senza problemi. Il caso dell'oppio è sicuramente uno dei più impressionanti. Paesi che hanno per secoli convissuto tranquillamente con esso - come la Thailandia, il Pakistan, l'Iran, la Malesia, l'Indonesia, la Birmania, l'India, ecc. - dopo la drastica proibizione devono affrontare l'invasione dell'eroina e, quasi disarmati nella loro povertà e nell'insufficienza delle loro strutture sanitarie, quella delle epatiti e dell'AIDS. Sotto questa luce, solo i più fanatici fra i moralisti e i più disonesti fra i politici possono sostenere che la chiusura degli spacci autorizzati e delle fumerie d'oppio in Oriente è stata un passo avanti.

Interessi da proteggere

Un enorme apparato burocratico ruota ormai intorno agli studi, ai progetti o alla mera applicazione delle leggi proibizioniste. Persino la ricerca scientifica è oggi largamente finanziata, e quindi inevitabilmente condizionata, dalle agenzie

governative anti-droga - e basti il caso degli Stati Uniti e del *National Institute on Drug Abuse*. Un atteggiamento pragmatico e costruttivo implicherebbe che, se i risultati di un lavoro non si vedono o sono negativi, si cambia strada. Ma le burocrazie dei grandi organismi statali o sovrastatali hanno in ogni occasione la facile scusa che, se i risultati di un progetto non si vedono, è solo perché occorrono *più soldi, più risorse e più tempo*. Le burocrazie si autoperpetuano, si autogiustificano, si gonfiano in questo modo, e diventano il più grande ostacolo per ogni cambiamento. Un enorme numero di persone trae ormai il suo reddito, il suo prestigio e i suoi privilegi, dalla lotta alla droga. Anche se molte di queste persone, in privato, ammettono apertamente la futilità e il fallimento delle politiche proibizioniste, e ne riconoscono gli effetti perversi, pur essendo le più qualificate per indicare la giusta direzione non muoveranno mai un dito per cambiare nulla.

"Diritto di drogarsi"

Pur senza demonizzarle, perché nessuna droga è il demonio, io non ho alcuna difficoltà ad ammettere che *tutte le droghe* - comprese quelle più blande come il cioccolato e il caffé - possono far male alla salute, e che l'uso smodato di alcune di esse (in primo luogo l'alcool e la cocaina) sarebbe assolutamente da evitare. Detto questo, io credo fino in fondo nel valore assoluto della libertà e della responsabilità individuale. Ricordo ancora l'impressione che, al liceo, mi fece il meraviglioso articolo 4 della *Dichiarazione dei Diritti dell'Uomo e del Cittadino* del 1789: "*La libertà consiste nel poter fare tutto ciò che non fa male ad altri*". Non credo che uno Stato o un governo abbiano il diritto di interferire con la libertà dei cittadini nell'uso *privato* del loro corpo e della loro mente, e quindi anche nella scelta *personale* di eventuali sostanze intossicanti. Come ha sottolineato von Mises, ammettere un intervento coercitivo dello Stato solo perché l'alcool e la morfina possono essere dannosi per la salute apre la strada a ben altri interventi liberticidi. Questo è a mio parere un punto cruciale, e in questi termini io contesto vivamente la frase altisonante che tanti politici hanno pronunciato: "*Non esiste un diritto di drogarsi!*" A parte il fatto, psicologicamente molto rilevante, che ormai sono le stesse *parole* "droga" o "drogarsi" a suonar male e a evocare intensi sentimenti negativi, e che quindi è comprensibile (anche se non giustificabile) che istintivamente si accettino espressioni di questo tipo, in realtà, a mio avviso, questo diritto assolutamente esiste, e deve esser equiparato al diritto di mangiare ciò che si vuole, amare la persona che si vuole, abbracciare la religione che si vuole, leggere, scrivere e dire quello che si vuole, vestirsi come si vuole, impiegare come si vuole il proprio tempo libero, ecc. Si tratta anche nel caso delle "droghe" di un'espressione del diritto naturale e inalienabile alla libertà.[6] E questo

costituisce secondo me l'argomento fondamentale contro il proibizionismo. Nessuno che voglia difendere coerentemente i diritti umani e le libertà civili può far finta di niente. E anche se tutti cercano di confondere le acque si tratta di un principio che gli stati e i governi democratici non dovrebbero aggirare, ignorare o sconfessare.[7]

Uso medico e non medico, lecito e illecito

L'oppio, la morfina o l'eroina restano gli stessi sia che vengano usati contro il dolore fisico sia per altri motivi, mentre la scienza e la pratica medica cambiano con i tempi. La sottile distinzione fra uso "medico" o "non-medico" di una sostanza è quindi essenzialmente ideologica, e impossibile da definire in termini rigorosamente scientifici. Su queste malferme basi, la definizione di ogni uso "non-medico" come "illecito" (abuso) è anch'essa soltanto ideologica. Con questo approccio brutale, si finiscono per condannare *a priori* le ragioni soggettive dell'uso di una sostanza, indipendentemente dai suoi effetti e dalle effettive conseguenze del suo uso. Nel caso degli oppioidi, non potendosi condannare ogni e qualsiasi modalità di uso, se ne condannano gli usi "non approvati". Ma approvati da chi? In quali situazioni? A questo proposito, torno ancora una volta su un punto di grande rilevanza.
Gli oppioidi sono farmaci molto speciali, perché agiscono sul nucleo più intimo e irraggiungibile della persona, lo *stato mentale*. Purtroppo, con pilatesca superficialità, se ne è definito "lecito" solo l'uso formalmente prescritto (con uno specifico documento, la ricetta speciale "per stupefacenti") da parte di un tecnico - il medico - che, nella quotidianità del lavoro e con le remore derivanti dagli adempimenti amministrativi e dalle possibili responsabilità penali, è portato a decidere molto restrittivamente e solo in base ad evidenze macroscopiche "obiettive" (ovvero la presenza di gravi lesioni o manifestazioni patologiche), prestando nella maggior parte dei casi scarsissima attenzione a esigenze soggettive del paziente molto più impalpabili e meno evidenti (lo *stato di sofferenza*). In questo modo si è arrivati all'attuale sottoutilizzo di questi farmaci anche in casi di estremo malessere, in cui la rinuncia del medico alla prescrizione di oppioidi può costituire a mio avviso un vero attentato all'integrità fisica e psichica del paziente.[8]

Da un abbaglio collettivo a un alibi politico

Agli occhi di chi scrive, la proibizione della "droga" è stata ed è uno di quegli abbagli collettivi di cui è piena la storia, e che regolarmente hanno portato a

immense tragedie. Certo si tratta di uno dei più colossali inganni politici di questo secolo, non ancora smascherato solo perché capace per la sua particolarissima natura di essere quasi universalmente condiviso, o se si preferisce, sfruttato.
La questione della droga si è imposta negli ultimi anni al centro dell'attenzione dei politici e dei cittadini di quasi tutti i paesi del mondo. Il tempo, gli interessi e le occasioni l'hanno però sempre più trasformata in una questione di facciata, che nasconde aspetti inconfessabili e purtroppo in gran parte inconoscibili, davanti ai quali tutti - dai semplici cittadini ai capi di governo - facciamo finta di niente. Forse, al fondo, oggi non si tratta più né di protezione della salute né di difesa della morale o dell'ordine pubblico. Non si tratta più di un "onesto" tentativo di far cessare il traffico o l'uso di droghe. Si tratta solo di un modo particolarmente sofisticato di esercitare il controllo e il potere e di affermare l'autorità, mentre si mantengono nell'emarginazione frange indesiderabili della popolazione.
Nessun intervento repressivo viene oggi così prontamente ed entusiasticamente accettato dall'opinione pubblica come la "lotta al flagello della droga". Solo in nome della guerra alla droga si possono commettere impunemente le peggiori nefandezze, in casa propria o all'estero, e si possono proporre e attuare le più gravi limitazioni della libertà personale. Ciò spiega perché un'identica politica della droga può accomunare ogni tipo di governo, dalle peggiori dittature alle più liberali democrazie. Nessun'altra idea o progetto politico ha mai visto d'accordo così vaste ed eterogenee maggioranze, che si tratti di fascisti o comunisti, cattolici o protestanti, ebrei o musulmani, insegnanti o poliziotti, medici o giuristi...
C'è veramente da domandarsi come ciò sia potuto e possa accadere. Forse l'unica spiegazione è che il mostro-droga costituisce, come ha acutamente sostenuto Thomas S. Szasz[9], una specie di capro espiatorio dato in pasto alle folle, un "nemico" perfetto, ideale per qualunque governo.
Un "pericolo" così vivamente percepito dall'opinione pubblica costituisce ovviamente un ottimo alibi e un'ottima copertura. Già da tempo, con il nobile fine della lotta a questo flagello, si sono capillarmente dislocati agenti e consulenti "antidroga" occidentali, soprattutto americani, in tutti i paesi coinvolti nella produzione, nel transito o nel traffico di droghe - il che vuol dire in quasi tutti i paesi del mondo. Con la scusa della guerra alla droga sono ormai in opera sistemi di sorveglianza sofisticatissimi, intercettazioni sulle reti di comunicazione, agenti provocatori, perquisizioni personali e domiciliari senza mandato e altre limitazioni significative delle libertà civili, il tutto per lo più accettato dagli elettori senza discussione. Oggi più che mai, con simili premesse, non si può non vedere il rischio di un'involuzione totalitaria della politica mondiale. L'ombra del Grande Fratello è sempre più incombente.

Legalizzare

Legalizzazione vuol dire controllo e autocontrollo, non licenza di irresponsabilità. Da ciò, i singoli individui e la società nel suo insieme avrebbero molto da guadagnare. In primo luogo, gli interessi della criminalità organizzata subirebbero un colpo durissimo. Nessuno può pensare che le varie mafie della droga scomparirebbero come neve al sole, o che non farebbero di tutto - anche ai più alti livelli politici - per contrastare un simile attacco. Tuttavia, se portato avanti con coerenza, e con il sostegno di sufficienti forze sociali, il progetto antiproibizionista seccherebbe alle fonti il grande fiume del denaro della droga. Il danno per le organizzazioni criminali sarebbe immenso e difficile da rimediare: non esiste alcun altro mercato illegale con una simile capacità di generare profitto. E inoltre tutte le forze attualmente dedicate a quella tragica farsa che viene chiamata "controllo" del mercato delle droghe - tragica soprattutto perché tanta gente ci lascia la pelle - potrebbero concentrarsi sulle altre aree di possibile intervento criminale. In secondo luogo, la salute dei consumatori delle droghe legalizzate ne guadagnerebbe immediatamente. Non ci sarebbe più il rischio di sostanze infette, sintetizzate o "tagliate" male, ma esse sarebbero esattamente quelle attese, in dose certa, e di qualità farmaceutica. Praticamente scomparirebbe il rischio di *overdose.*

In questo nuovo clima, i governi avrebbero modo di dimostrare maggior coerenza e logica, e le loro azioni sarebbero molto meno discutibili e criticabili. Abbiamo visto che la sanzione penale del consumo di "droghe" è oggi contrabbandata come difesa della salute e difesa dell'individuo e della società da fattori dannosi. In realtà, mentre alcune sostanze vengono condannate, quelle in cui gli stati culturalmente, politicamente ed economicamente egemoni hanno interessi (alcool e tabacco) vengono promosse e vendute in tutto il mondo. Per ironia della storia, queste sono proprio le sostanze più dannose e pericolose e quelle che provocano i danni più gravi, e queste contraddizioni rendono poco credibili, quindi poco efficaci, gli sforzi di informazione e di prevenzione dei danni derivanti dall'uso delle sostanze oggi illecite. Con la legalizzazione, tutto ciò sarebbe superato.

Ma c'è un altro punto importante. La "guerra alla droga" trasmette alla società, e in particolare ai giovani, messaggi fortemente negativi. Viene trascurato e ignorato il sacrosanto principio che l'assunzione di responsabilità è condizione necessaria della libertà, ovvero che si può essere liberi solo se si accetta di essere responsabili. Si svaluta e si ridicolizza il valore etico universale della Legge con l'imposizione di norme di comportamento discutibili e non condivise e che molti quindi ritengono, e non del tutto a torto, di poter legittimamente violare. Si diffondono informazioni parziali, quando non false e tendenziose, che sminuiscono l'autorità e il prestigio delle istituzioni. Si induce ad accettare

acriticamente una esagerata limitazione delle libertà individuali e una grave intrusione del potere pubblico nella *privacy* del cittadino, con il bel risultato che, da molti, lo Stato e il governo verranno solo visti come fastidiosi nemici da fregare appena si può. Si incoraggia all'intolleranza verso le scelte diverse e i gruppi marginali. Si creano norme di fatto inique e applicate in modo molto selettivo, quando non apertamente razzista.

Tutto ciò è inaccettabile. Il prezzo che si è pagato e che si sta pagando è veramente troppo alto, in termini di salute, di diritti, di ordine democratico e di spazi lasciati alle organizzazioni criminali. Non si può continuare oltre su questa strada, se non con rischi mortali per quella democrazia che, credo, tutti vogliamo difendere e, semmai, espandere e perfezionare. Non c'è che una alternativa. *Ricondurre tutte le droghe sotto il diretto controllo dello Stato e del governo, e chiedere ai cittadini - come si fa in tanti altri campi - uno sforzo di serietà e responsabilità.* Legalizzarle. Riportarle allo *status* di quando, fra i tanti che le usavano, esse non erano un problema se non per pochi: affinché appunto possano tornare a essere un problema per pochi - e per pochi che potremo e sapremo, con le conoscenze e i mezzi di oggi, ben più e meglio di ieri aiutare e assistere. Certo, la legalizzazione delle droghe non sarà una panacea, né un miracolo. Ma se correttamente impostata, prudente, e capace - con un coraggio quasi spietato - di prendere fino in fondo in considerazione la realtà, potrebbe ridurre sostanzialmente alcuni gravi problemi sociali, in parte discendenti dal proibizionismo. Le risorse finanziarie e umane liberate dalla fine della disastrosa e futile "guerra alla droga" potrebbero servire ad affrontare seriamente i veri problemi del nostro tempo - primi fra tutti, povertà, malattia, razzismo, emarginazione, degrado culturale, devastazione ambientale. In una parola, il vero cancro del mondo in cui viviamo. È veramente ora che - individualmente e collettivamente - ci svegliamo. *Se non noi, chi? Se non ora, quando?*

Note

1. von Mises L. *Human action.* Chicago: Contemporary Books 1966, p. 733-4; Rousseau J.J. *La Nouvelle Heloïse* (cit. da Richards D.A.J. 1982, p. vi); Becker H.S.-Horowitz I.L. 1972. Radical politics and sociological research: observations on methodology and ideology. *Am J of Sociology* 78:48-66; Spinoza B. *Trattato teologico-politico (XX).*

2. UNIDCP 1997, p. 163.

3. Nel 1995, in tutto il mondo, sono state prodotte circa 300 tonnellate di eroina e ne sono state sequestrate 32: solo il 10% (una tonnellata di eroina vuol dire 200 milioni di dosi da 5 mg). Il quotidiano *USA Today* del 1 marzo 1997 cita un rapporto del *General*

Accounting Office americano: nonostante la spesa di 103 miliardi di dollari (circa 170.000 miliardi di lire) in dieci anni per la cosiddetta "guerra alla droga", negli Stati Uniti l'eroina è oggi più pura, più facile da trovare e meno cara di dieci anni fa. Mathea Falco, in un articolo apparso su *Current History* nell'aprile 1998, riferisce che la spesa annuale del governo americano per quello che viene ottimisticamente definito "controllo delle droghe" è passata dai 4,7 miliardi di dollari del 1987 ai 16 miliardi di dollari del 1997. Il presidente Clinton ha annunciato all'inizio di luglio 1998 la sua decisione di spendere un altro miliardo di dollari (1700 miliardi di lire) in cinque anni solo per l'ennesima campagna di propaganda.

4. È preoccupante, per non dire vergognoso, che in Italia solo un'infima percentuale dei medici di famiglia ritiri presso l'Ordine dei Medici lo speciale ricettario richiesto per la prescrizione della morfina e degli altri analgesici "maggiori". Il Ministero della Sanità, che dispone dei dati effettivi, potrebbe utilmente disporre un'indagine e trarre le ovvie conclusioni. Del resto l'Italia è, fra i paesi sviluppati, agli ultimi posti nel consumo di morfina a scopo analgesico (WHO 1990, p. 30). E si veda anche la recente denuncia della Federazione degli Ordini dei Medici e dell'intergruppo "Europa contro il dolore" del Parlamento Europeo (cfr. *La Repubblica* del 20 aprile 1999).

5. Morel B.-Rychen F. 1994, p. 96.

6. Su questo punto si vedano i testi citati nel cap. 7, nota 7.

7. E poi, caro signor Politico Italiano, mi consenta: non vale assolutamente nulla, come argomento anti-droga, il richiamo, più volte esternato dalle Sue onorevoli labbra, alla "*protezione della salute*" garantita dalla nostra Costituzione. A parte il fatto che "proibire" sulla carta l'uso di certe sostanze facendo nascere un incontrollabile mercato nero, non è proteggere un bel nulla, ma solo aumentarne tossicità e danni, quella costituzionale è una *tutela* offerta al cittadino, e certamente non un'imposizione. Se mi è permesso, quello che come cittadino mi aspetto in tema di "protezione della salute" non sono prediche e propaganda, ma informazione, responsabilizzazione, e organizzazione dei servizi; e per quanto riguarda le "droghe", controllo effettivo sulla qualità, dalla produzione alla distribuzione. Solo così si protegge la salute, almeno per chi non sceglie coscientemente di rovinarsela (cosa che peraltro chiunque può fare in mille modi oltre che con le droghe). E poi, se è lecito chiederglielo: come mai Lei non si è mai proposto, sulla base di tale alto principio, di proibire tutte le sostanze, attività e comportamenti potenzialmente lesivi della salute? Perché non ha mai levato alta la Sua voce contro il Monopolio di Stato dei tabacchi, o contro gli scaffali pieni di liquori in tutti i supermercati?

8. Si veda la nota 4 più sopra.

9. Vedi "*Il mito della droga*" (Feltrinelli 1977). Purtroppo il titolo italiano tradisce sostanzialmente il ben più incisivo titolo originale, che suona: "*Chimica cerimoniale. La persecuzione rituale di droghe, drogati, spacciatori*" (ed. orig. USA 1974).

BIBLIOGRAFIA

ABBREVIAZIONI
DHEW=Department of Health, Education and Welfare; INCB=International Narcotics Control Board; n.p.=non pubblicato; NIDA=National Institute on Drug Abuse; NIMH=National Institute of Mental Health; NY=New York; OGD=Observatoire Géopolitique des Drogues; P.=Press; PHS=Public Health Series; U.=University; U.P.=University Press; UNIDCP= United Nations International Drug Control Programme; U.S. DOS=United States Department of State; U.S. GPO=United States Government Printing Office; WHO=World Health Organization (Organizzazione Mondiale della Sanità, OMS)

ABRAMS M.H. *The milk of Paradise: the effect of opium visions on the works of DeQuincey, Crabbe, Francis Thompson and Coleridge* NY: Octagon Books 1971 [1934]

AUSTIN G.A. *Perspectives on the history of psychoactive substance use* Rockville: NIDA 1978

BACHMANN C.-COPPEL A. *Le dragon domestique* Paris: Albin Michel 1989

BAKALAR J.B.-GRINSPOON L. *Drug control in a free society* NY: Cambridge U.P. 1984

BAYER R.-OPPENHEIMER G.M. (eds) *Confronting drug policy: illicit drugs in a free society* NY: Cambridge U.P. 1993

BECCHI A.-TURVANI M. *Proibito? Il mercato mondiale della droga* Roma: Donzelli 1993

BENNETT J.C.-PLUM F. (eds) *Cecil Textbook of Medicine (20th ed.)* Philadelphia: W.B. Saunders 1996

BERRIDGE V.-EDWARDS G. *Opium and the people: opiate use in 19th-century England* London: Allen Lane 1981

BOWMAN W.C.-RAND M. J. *Textbook of pharmacology (2nd ed.)* Oxford: Blackwell 1980

BRAUNWALD E.-ISSELBACHER K.J.-PETERSDORF R.G. et al. (eds) *Harrison's Principles of Internal Medicine (11th ed.)* New York, N.Y.: McGraw Hill Book Co. 1987

BRECHER E.M. & the Editors of Consumer Reports *Licit & illicit drugs* Boston: Little, Brown 1972

BUTEL P. *L'opium: histoire d'une fascination* Paris: Perrin 1995

CANADIAN COMMISSION OF INQUIRY INTO THE NON-MEDICAL USE OF DRUGS (*Le Dain Commission*) *Final report* Ottawa: Information Canada 1973

CASTOLDI A. *Il testo drogato: letteratura e droga fra '800 e '900* Torino: Einaudi 1994

CHEIN I.- GERARD D.L.-LEE R.S.-ROSENFELD E. with D.M. WILNER *The road to H: narcotics, delinquency and social policy* NY: Basic Books 1964

CLARK W.G.-BRATER D.C.-JOHNSON A.R. (eds): *Goth's Medical Pharmacology (12th ed.)* St. Louis: Mosby 1988

CLENDENING L. *Source book of medical history* NY: Dover 1960

COHEN S.-YOUNG J. (eds) *The manufacture of news. Deviance, social problems & the mass media* London: Constable 1973

COURTWRIGHT D.T. *Dark paradise: opiate addiction in America before 1940* Cambridge: Harvard U.P. 1982

COURTWRIGHT D.T.-JOSEPH H.-DES JARLAIS D. *Addicts who survived: an oral history of narcotic use in America, 1923-1965* Knoxville: U. of Tennessee P. 1989
COUVRAT J.-F.-PLESS N. *La face cachée de l'économie mondiale* Paris: Hatier 1988
CROTHERS T.D. *Morphinism and narcomanias from other drugs* Philadelphia: W.B. Saunders & Co. 1902 (*reprint ed.* NY: Arno P. 1981)
DE CONNO F.-FOLEY K. *Cancer pain relief: a practical manual* Dordrecht: Kluwer Academic Publishers 1995
DE LIEDEKERKE A. *La belle époque de l'opium* Paris: aux éditions de la différence 1984
DI GENNARO G. *La guerra della droga* Milano: Mondadori 1991
DUPONT R.L.-GODSTEIN A.-O'DONNELL J. (eds) *Handbook on drug abuse* Washington: U.S. GPO 1979
DUPOUY R. *Les opiomanes: mangeurs, buveurs et fumeurs d'opium* Paris: Félix Alcan 1912
DUSTER T. *The legislation of morality* NY: The Free P. 1970 [tr. it. Milano: Giuffré 1984]
EBIN D. (ed.) *The drug experience: first-person accounts of addicts, writers, scientists and others* NY: Orion P. 1961
ELDRIDGE W.B. *Narcotics and the law* Chicago: U. of Chicago P. 1967
EPSTEIN E.J. *Agency of fear. opiates and political power in America* (*revised ed.*) NY: Verso 1990
ESCOHOTADO A. *Historia de las drogas (vol. 1-3)* Madrid: Alianza Editorial 1989
ESCOHOTADO A. *Piccola storia delle droghe* Roma: Donzelli 1997
FAUCI A.S.-BRAUNWALD E.-ISSELBACHER K.J. et al. (eds) *Harrison's Principles of Internal Medicine* (*14th ed.*) NY: McGraw-Hill, Inc. 1998
FAY P.W. *The Opium War 1840-1842* Chapel Hill: U. of North Carolina P. 1975
GERSTEIN D.R.-HARWOOD H.J. (eds) *Treating drug problems (vols. 1&2)* Washington: National Academy P. 1990-1992
GOODMAN L.S.-GILMAN A. (eds) *The Pharmacological Basis of Therapeutics (4th ed.)* New York, N.Y.: Macmillan 1970
GOODMAN GILMAN A.-GOODMAN L.S.-RALL T.W.-MURAD F. (eds) *The Pharmacological Basis of Therapeutics (7th ed.)* New York, N.Y.: Macmillan 1985
GOODMAN GILMAN A.-RALL T.W.-NIES A.S.-TAYLOR P. (eds) *The Pharmacological Basis of Therapeutics* (*8th ed.*) NY: Pergamon P. 1990
GUTHRIE D. *Storia della medicina* (*II ed.*) Milano: Feltrinelli 1977
HAINING P. (ed) *The hashish club: an anthology of drug literature (vols. 1&2)* London: Peter Owen 1975
HAMOWY R. (ed) *Dealing with drugs: consequences of government control* San Francisco: Pacific Research Institute for Public Policy 1987
HAYTER A. *Opium and the romantic imagination* Berkeley: U. of California P. 1970
HEALTH CONSEQUENCES OF SMOKING (The) *Nicotine addiction-a report of the Surgeon General* Washington: U.S. GPO 1988
HELMER J. *Drugs and minority oppression* NY: Seabury P. 1975
HIGH TIMES *Encyclopedia of recreational drugs* NY: Stonehill 1978
HOCH P.H.-ZUBIN J. (eds) *Problems of addiction and habituation* NY: Grune & Stratton 1958
HOLMSTEDT B.-LILJESTRAND G. (eds) *Readings in pharmacology* Oxford: Pergamon 1963

HUSAK D.N. *Drugs and rights* NY: Cambridge U.P. 1992
INCB *Report for 1996; Report for 1997* Vienna: United Nations 1996; 1997
INGLIS B. *Il gioco proibito* Milano: Mondadori 1979
INGLIS B. *The opium war* London: Hodder and Stoughton 1976
JULIEN R.M. *Droghe e farmaci psicoattivi* Bologna: Zanichelli 1997
JULIEN R.M. *A primer of drug action (8th ed.)* NY: W.H. Freeman & Co. 1998
KING R. *The drug hang-up: America's fifty-year folly* Springfield: C. C. Thomas 1972
KOLB L. *Drug addiction* Springfield: C. C. Thomas 1962
KRAMER J.F.-CAMERON D.C. (eds) *A manual on drug dependence* Geneva: WHO 1975
KRAUSS M.B.- LAZEAR E.P. (eds) *Searching for alternatives: drug-control policy in the United States* Stanford: Hoover Institution P. 1991
KRUEGER H.-EDDY N.B.-SUMWALT M. *The pharmacology of the opium alkaloids* Suppl. n. 165 to PHS Reports (2 vols.) Washington, D.C.: U.S. GPO 1941
LABROUSSE A.-KOUTOUZIS M. *Céopolitique et géostratégies des drogues* Paris: Economica 1996
LABROUSSE A.-WALLON A. *La planète des drogues* Paris: Éditions du Seuil 1993
LALOY L. *Le livre de la fumée* Paris: Dorbon-Ainé 1913
LAMOUR C.-LAMBERTI M.R. *Il sistema mondiale della droga* Torino: Einaudi 1973
LANGSTON J.W.-PALFREMAN J. *The case of the frozen addicts* NY: Pantheon 1996
LARNER J.-TEFFERTELLER R. *Drogati al magnetofono* Verona: Mondadori 1966
LARTEGUY J. *La fabuleuse aventure du peuple de l'opium* Paris: Presses de la Cité 1979
LATIMER D.-GOLDBERG J. *Flowers in the blood: the story of opium* NY: Franklin Watts 1981 (tr. it. *Fiori nel sangue* Roma: C. Ciapanna Editore 1983)
LETTIERI D.J.-SAYERS M.-PEARSON H.W. (eds) *Theories on drug abuse: selected contemporary perspectives* Rockville: NIDA 1980
LEWIN L. *Phantastica* Paris: Payot 1970 [*ed. ted.* 1924; *tr. it.* Milano: Vallardi 1928]
LINDESMITH A.R. *Addiction and opiates* Chicago: Aldine 1968
LINTNER B. *Burma in revolt: opium and insurgency since 1948* Bangkok: White Lotus 1991
LIVINGSTON R.B. (ed) *Narcotic drug addiction problems* Bethesda: NIMH 1963
LOWES P.D. *The genesis of international narcotics control* Genève: Librairie Droz 1966 (*reprint ed.* NY.: Arno P. 1981)
LOWINSON J.H.-RUIZ P.-MILLMAN R.B.-LANGROD J.C. (eds) *Substance abuse. A comprehensive textbook* Baltimore: Williams & Wilkins (*2nd ed.*) 1992; (*3rd ed.*) 1997
MAURER D.W.-VOGEL V.H. *Narcotics and narcotic addiction* (*4th ed.*) Springfield: C. C. Thomas 1973
McCOY A.W. *The politics of heroin* (*revised ed.*) NY: Lawrence Hill 1991
McCOY A.W.-BLOCK A.A. (eds) *War on drugs: studies in the failure of U.S. narcotics policy* Boulder: Westview P. 1992
McWILLIAMS J.C. *The protectors: Harry J. Anslinger and the Federal Bureau of Narcotics 1930-1962* Cranbury: Associated U. P. 1990
MELMON K.L.-MORRELLI H.F. (eds) *Clinical pharmacology* (*2nd ed.*) NY: Macmillan 1978
MELZACK R.-WALL P.D. *La sfida del dolore* Padova: Piccin 1988
MERLIN M.D. *On the trail of the ancient opium poppy* Rutherford: Fairleigh Dickinson U.P. 1984

MICKEL E.J., Jr. *The artificial paradises in French literature* Chapel Hill: U. of North Carolina P. 1969
MILL J. S. *On liberty* [1859] (tr. it. *Saggio sulla libertà* Milano: Il Saggiatore 1981)
MILLER J.-KORAL R. (eds) *White rabbit - a psychedelic reader* San Francisco: Chronicle Books 1995
MOREL B.-RYCHEN F. *Le marché des drogues* Paris: Éditions de l'Aube 1994 (tr. it. *Il mercato delle droghe* Roma: Editori Riuniti 1995)
MORGAN H.W. *Yesterday's addicts: American society and drug abuse, 1865-1920* Norman: U. of Oklahoma P. 1974
MORGAN H.W. *Drugs in America: a social history 1800-1980* Syracuse: Syracuse U.P. 1981
MUSTO D.F. *The American disease: origins of narcotic control* New Haven: Yale U.P. 1973
NATIONAL COMMISSION ON MARIHUANA AND DRUG ABUSE (*Shafer Commission*) *Drug use in America: problem in perspective* Washington: U.S. GPO 1973
OGD *La drogue, nouveau désordre mondial-rapport 1992-1993* Paris: Hachette 1993
OGD *Atlas mondial des drogues* Paris: PUF 1996
O'DONNELL J.A. *Narcotics addicts in Kentucky* Chevy Chase: NIMH 1969
PAINTER J. *Bolivia and coca: a study in dependency* Boulder: Lynne Rienner 1994
PARSSINEN T.M. *Secret passions, secret remedies: narcotic drugs in British society, 1820-1930* Manchester: Manchester U.P. 1983
PEELE S. *The meaning of addiction* Lexington: Lexington Books 1985
PEELE S. (with Brodsky A.) *Love and addiction* NY: Taplinger 1975
PEPINO L. (a cura di) *Droga tossicodipendenza legge* Milano: Franco Angeli 1989
PEPINO L. *Droga e legge* Milano: Franco Angeli 1991
PLATT J.J. *Heroin addiction: theory, research and treatment* (*2nd ed.*) Malabar: Krieger 1986
PORTENOY R.K.-KANNER R.M. (eds) *Pain management: theory and practice* Philadelphia: F.A.Davis 1996
RENARD R.D. *The Burmese connection: illegal drugs & the making of the Golden Triangle* Boulder: Lynne Rienner 1996
RICHARDS D.A.J. *Sex, drugs, death, and the law: an essay on human rights and overcriminalization* Totowa: Rowman and Littlefield 1982
SATINDER K.P. *Drug use: criminal, sick or cultural?* Roslyn Heights: Libra 1980
SCOTT J.M. *The white poppy: a history of opium* London: Heinemann 1969
SECHEHAYE M.A. *Diario di una schizofrenica* Firenze: C.E. Giunti 1955
SEEFELDER M. *Oppio: storia di una droga dagli Egizi a oggi* Milano: Garzanti 1990
SILVER G. (ed) *The dope chronicles 1850-1950* San Francisco: Harper & Row 1979
SMITH D.E.-GAY G.R. (eds) *"It's so good, don't even try it once" - heroin in perspective* Englewood Cliffs: Prentice-Hall 1972
STANGELAND P. (ed) *Drugs and drug control* Oslo: Norwegian U.P. 1987
STEVENSON G.H.-LINGLEY L.R.A.-TRASOV G.E.-STANSFIELD H. *Drug addiction in British Columbia: a research survey* Vancouver: U. of British Columbia 1956 (n.p.)
STEWART T. *The heroin users* London: Pandora 1987
STIMMEL B. *Heroin dependency: medical, economic and social aspects* NY: Stratton Intercontinental Medical Books Co. 1975

STIMSON G.V.-OPPENHEIMER E. *Heroin addiction. Treatment and control in Britain* London: Tavistock 1982
STRANG J.-GOSSOP M. (eds) *Heroin addiction and drug policy: the British System* Oxford: Oxford U.P. 1994
STRATTON HILL C.-FIELDS W.S. (eds) *Drug treatment of cancer pain in a drug-oriented society (Advances in pain research and therapy vol. 11)* NY: Raven P. 1989
STRAUSBAUGH J.-BLAISE D. (eds) *The drug user: documents 1840-1960* NY: Blast Books 1991
SZASZ T.S. *Il mito della droga* Milano: Feltrinelli 1977
SZASZ T.S. *Our right to drugs: the case for a free market* NY: Praeger 1992
TERRY C.E.-PELLENS M. *The opium problem* NY: Bureau of Social Hygiene 1928
TWYCROSS R.G.-LACK S.A. *Oral morphine: information for patients, families and friends* Beaconsfield: Beaconsfield 1991
UNIDCP *World drug report* Oxford: Oxford U.P. 1997
U.S. DHEW-PHS *Narcotic drug addiction* (PHS Mental Health Monographs no. 1021) Washington 1963
U.S. DOS *International narcotics control strategy report* Washington 1993; 1997; 1998
VALLANCE E. (ed) *The state, society and self-destruction* London: G. Allen & Unwin 1975
VEREBEY K. (ed) *Opioids in mental illness* NewYork: Annals of the N. Y. Academy of Sciences (vol. 398) 1982
WALDORF D.-REINARMAN C. *Heroin maintenance: giving addicts what they need* (manoscritto n.p. 1974)
WALDORF D.-ORLICK M.-REINARMAN C. *Morphine maintenance: the Shreveport clinic 1919-1923* Washington: Drug Abuse Council 1974
WEATHERALL D.J.-LEDINGHAM J.G.G.-WARRELL D.A. (eds) *Oxford Textbook of Medicine (3rd ed.)* Oxford: Oxford Medical Publ. 1996
WESTERMEYER J. *Poppies, pipes and people: opium and its use in Laos* Berkeley: U. of California P. 1982
WHITE P.T. *The poppy-for good and evil* National Geographic (Feb. 1985)
WHITLOCK F.A. *Drugs, morality, and the law* St. Lucia: U. of Queensland P. 1975
WHYNES D.K. -BEAN P.T. *Policing and prescribing: the British system of drug control* London: Macmillan 1991
WISOTSKY S. *Breaking the impasse in the war on drugs* NY: Greenwood P. 1986
WISOTSKY S. *A society of suspects: the war on drugs and civil liberties* (Policy Analysis n. 180) Washington: Cato Institute 1992
WOLPERT S. *Storia dell'India* Milano: Bompiani 1985
WHO *Cancer pain relief* Geneva: WHO 1986
WHO *Cancer pain relief and palliative care (TRS 804)* Geneva: WHO 1990
YVOREL J.-J. *Les poisons de l'esprit: drogues et drogués au XIX^e siècle* Paris: Quai Voltaire 1992
ZINBERG N.E. *Drug, set, and setting: the basis for controlled intoxicant use* New Haven: Yale U.P. 1984
ZINBERG N.E.-ROBERTSON J.A. *Drugs and the public* NY: Simon & Schuster 1987

Addiction Termine inglese che indica la "dedizione" a una sostanza (*drug addiction*, *alcohol addiction*, *nicotine addiction*). Nel linguaggio medico-psichiatrico è stata raccomandata senza molto successo la sua sostituzione con il termine "dipendenza".

Alcaloidi Sostanze di origine animale o vegetale contenenti azoto, chimicamente molto eterogenee, e come le basi (alcali) capaci di formare sali reagendo con gli acidi forti. Se ne conoscono oltre 2000. Molti alcaloidi hanno spiccate attività farmacologiche: es. caffeina, nicotina, atropina, cocaina, efedrina, morfina, stricnina, vincristina, ecc.

Coma Stato di incoscienza profonda, da cui non si può essere risvegliati con i normali stimoli; derivante da traumi, intossicazioni o processi patologici di varia natura (emorragie, tumori, ecc.).

Craving Termine inglese che indica lo stato di profondo, totalizzante desiderio - quasi tensione fisica - per una sostanza da cui si è "psichicamente dipendenti".

Dipendenza fisica Fenomeno di adattamento biologico che può comparire a seguito della somministrazione prolungata di certi farmaci. Molto marcata nel caso degli oppioidi, dell'alcool, dei barbiturici (ma anche di nicotina, caffeina, benzodiazepine, ecc.), si manifesta con una tipica *sindrome da astinenza*.

Dipendenza psichica Atteggiamento soggettivo non necessariamente patologico che può riguardare un'ampia varietà di oggetti, attività o persone. Se rivolto a sostanza psicoattiva, implica l'intenso desiderio di assumerla, il senso di appagamento dopo l'assunzione, il forte senso di mancanza e frustrazione se è impossibile assumerla.

Disforia Sensazione di malessere. Il contrario di euforia (→).

Droghe In farmacologia, le d. sono preparazioni farmaceutiche di origine naturale (generalmente vegetale: corteccia di china, oppio, polvere di ipecacuana) e per estensione, i principi attivi estratti da esse. Nel linguaggio corrente, d. è sinonimo di sostanza psicoattiva (→ *Psicoattive, sostanze*).

Euforia Sensazione di benessere fisico e psichico.

Farmaco In termini generali, i farmaci sono sostanze chimiche, naturali o di sintesi, capaci di interferire con i processi biologici e per questo utilizzate nella cura delle malattie o dei loro sintomi.

Farmacologia La scienza che studia i farmaci (→) e i loro effetti sugli organismi viventi. Lo studio dei farmaci comprende la valutazione della *farmacodinamica* (meccanismo d'azione, relazione dose-effetto) e della *farmacocinetica* (assorbimento, distribuzione, biotrasformazione e eliminazione).

Feedback, regolazione a Termine inglese che indica una "regolazione all'indietro", tipica dei fenomeni biologici, volta a mantenere l'*omeostasi* (→), ossia l'insieme degli "equilibri interni" dell'organismo. P. es. un aumento di glicemia (livello di glucosio nel plasma) fa aumentare la secrezione di insulina. Questa fa penetrare il glucosio nelle cellule, sottraendolo al plasma. La glicemia si abbassa, il che fa ridurre la secrezione di insulina. E così si ritorna allo stato originario.

Neurone Tipo di cellula del tessuto nervoso, di cui costituisce la fondamentale unità funzionale. Il n. ha un corpo cellulare (*soma*), più o meno grande, e due tipi di prolungamenti: (1) l'*assone* o *neurite*, più o meno lungo, che trasmette gli impulsi nervosi a cellule effettrici (p.es. cellule muscolari), o ad altri neuroni, su cui termina ramificandosi e formando *sinapsi* (→); e (2) i *dendriti*, ramificazioni più o meno estese,

attraverso le quali (sempre tramite sinapsi) il n. riceve segnali da altri neuroni. I neuroni sono dotati di vivace attività metabolica, per la quale richiedono un continuo apporto di ossigeno e sostanze energetiche (la principale è il glucosio).

Neurotrasmettitori Sostanze rilasciate a livello delle *sinapsi* (→), per trasmettere un impulso nervoso da una cellula all'altra. Si conoscono circa 50 neurotrasmettitori (acetilcolina, noradrenalina, GABA, serotonina, ecc.). La dopamina, implicata nel cosiddetto "sistema della ricompensa" (→ *Ricompensa, Sistema della*) su cui agiscono sostanze psicoattive fortemente gratificanti come gli oppiacei, la cocaina e le amfetamine.

Nevrosi Disturbi mentali funzionali, caratterizzati da sensazioni di disagio e malessere e da comportamenti anormali (ansie, fobie, ossessioni, compulsioni, ecc.).

Omeostasi (→ *Feedback, regolazione* a) Stato di equilibrio naturale dell'organismo; tendenza dell'organismo a mantenere questi equilibri con opportuni meccanismi di regolazione. Le malattie implicano sempre un'alterazione dell'omeostasi.

Psicoattive, sostanze (→ *Droghe*) Sostanze chimiche, naturali o di sintesi, che agiscono alterando lo stato dell'umore, le percezioni, il flusso del pensiero, il comportamento, l'interazione con l'esterno, e in generale i processi mentali. Molte s.p. sono utilizzate come farmaci per combattere p.es. il dolore, l'ansia, l'insonnia, e altri disturbi della sfera psichica. Una buona classificazione delle s.p. è la seguente (basata su Julien R.M. 1997):

- depressivi non selettivi del SNC (es. barbiturici, alcool, anestetici generali)
- ansiolitici-tranquillanti (es. benzodiazepine, methaqualone, meprobamato)
- stimolanti psicomotori (es. cocaina, amfetamina, caffeina, nicotina)
- antidepressivi (es. triciclici, inibitori della monoamminossidasi, inibitori della ricaptazione della serotonina)
- stabilizzatori dell'umore (es. litio)
- antipsicotici (es. fenotiazine, butirrofenoni)
- analgesici centrali o "narcotici" (oppioidi)
- allucinogeni o psichedelici (es. mescalina, psilocibina, MDMA o *ecstasy*, LSD)

Psicosi Disturbi mentali acuti o cronici caratterizzati da gravi alterazioni del rapporto con la realtà interna ed esterna, per cui si hanno illusioni, allucinazioni e difficoltà a distinguere fra la realtà e le fantasie. Le p. classiche sono la schizofrenia e la sindrome maniaco-depressiva.

Ricompensa, sistema della La parte del Sistema Nervoso Centrale (→) che è implicata nei comportamenti legati a un "rinforzo positivo", ossia a uno stimolo che induce ripetizione dell'atto che l'ha provocato (come se in qualche modo, nel compiere quell'atto, fosse stato ricevuto un premio). Anatomicamente comprende l'area del tegmento ventrale, il fascio mediano proencefalico, il *nucleus accumbens* e il sistema limbico.

Setticemia Infezione batterica del sangue, in genere molto grave perché si propaga rapidamente a tutti gli organi.

Shock Sinonimo di collasso cardiocircolatorio. Improvviso e grave abbassamento della pressione arteriosa (per gravi emorragie o cause infettive, tossiche, o di altro genere), con ridotta perfusione sanguigna degli organi vitali. Se non trattato può essere mortale.

Sinapsi Collegamento funzionale fra due cellule nervose (→ *Neurone*), in cui, tramite l'azione di uno specifico neurotrasmettitore, si trasmettono segnali *unidirezionali* dal

neurite della prima cellula al soma, ai dendriti o alle espansioni terminali dell'assone della seconda.

Sinergico, effetto Potenziamento reciproco di due farmaci usati insieme.

Sistema Nervoso L'insieme dei centri nervosi (gangli e nuclei nervosi) e delle vie sensitive e effettrici (fibre nervose e nervi). Comprende il Sistema Nervoso Centrale o SNC (→), che riceve ed elabora i segnali provenienti dall'esterno e dall'interno del corpo, e coordina e mette in atto le opportune risposte; il Sistema Nervoso Periferico (nervi sensitivi e motori e loro terminazioni), che agisce come rete di comunicazione a doppio senso fra gli organi di senso e il SNC e fra questo e gli organi effettori (muscoli e ghiandole); e il Sistema Nervoso Autonomo (simpatico e parasimpatico) che controlla le funzioni automatiche dell'organismo (respirazione, circolazione del sangue, digestione, escrezione, ecc.).

Sistema Nervoso Centrale (SNC) Parte del *Sistema Nervoso* (→), che comprende il midollo spinale e l'encefalo, completamente avvolti da speciali membrane dette *meningi*. Il midollo spinale è contenuto nella colonna vertebrale ("spina dorsale"), l'encefalo nella scatola cranica. L'*encefalo* comprende il tronco cerebrale, il cervelletto, i nuclei della base e le strutture profonde (ipotalamo, talamo, amigdala, ippocampo, corpo striato, ecc.), e il cervello. Il *midollo spinale* è costituito essenzialmente dalle via nervose *sensitive* (ascendenti) e *motorie* (discendenti): attraverso queste vie i segnali nervosi provenienti dagli organi di senso periferici attraverso i nervi arrivano al cervello, e viceversa, i comandi impartiti dai centri nervosi encefalici vengono portati agli organi effettori (ghiandole e fibre muscolari). *Bulbo, ponte, mesencefalo* stanno subito a monte del midollo spinale e contengono i "centri vitali" di regolazione del circolo, del respiro, della veglia/sonno, ecc. Il *cervelletto*, posto sotto i lobi occipitali del cervello, è fondamentale per l'esecuzione dei movimenti, specie di quelli automatici (camminare, correre), e per il controllo della postura (equilibrio). Il *talamo* è una struttura complessa implicata soprattutto nell'elaborazione dei segnali sensitivi provenienti dal midollo spinale, e nella loro ritrasmissione ai centri encefalici superiori. L'*ipotalamo* controlla certi comportamenti ed equilibri vitali di base (temperatura, fame, sete, ecc.) ed è strettamente collegato al *sistema limbico* (circonvoluzione del corpo calloso, ippocampo, amigdala, corpi mammillari), il cui ruolo è nel controllo della motivazione, nella gratificazione (→*Ricompensa, Sistema della*), nella genesi ed espressione delle emozioni, nell'apprendimento, nella memoria, e nell'integrazione di tutte queste funzioni con le funzioni vitali di base e quelle mentali superiori. Il *cervello* comprende due emisferi, destro e sinistro, connessi da un grosso sistema di fibre, il *corpo calloso*. È costituito da "sostanza grigia" (o corteccia cerebrale), esterna, in cui sono concentrati i corpi cellulari dei neuroni, e "sostanza bianca", più interna, costituita essenzialmente da fibre nervose. Gli emisferi cerebrali vengono tradizionalmente suddivisi in *lobi cerebrali* (frontale, temporale, occipitale,...). Le diverse aree del cervello hanno funzioni specializzate: alcune sono dedicate all'attuazione dei movimenti, altre all'elaborazione delle sensazioni (visive, uditive, ecc.), all'uso della parola, al pensiero astratto, e così via. I collegamenti reciproci fra le varie aree assicurano l'integrazione e l'armonizzazione delle varie funzioni cerebrali, che si traducono in un comportamento coerente e finalizzato.

In tutti i tempi, in tutti i paesi, presso tutti i popoli, la grande maggioranza delle donne e degli uomini ha usato e usa "droghe".
Non c'è alcun motivo razionale per tollerare l'uso di certe sostanze e scatenare una specie di guerra mondiale contro certe altre. In fondo, quali sostanze siano oggi lecite o illecite è stata solo una questione di rapporti di forza fra i governi e i gruppi sociali.
(...)
Gli oppiacei sono alle origini del proibizionismo moderno, e devono essere, a mio avviso, le prime sostanze da riconsiderare e rivalutare. Sono certo le "droghe" più incomprese e temute, le più malfamate e le meno conosciute. Ma gli oppiacei sono anche strumenti terapeutici nel senso più alto del termine, farmaci insostituibili nella lotta alla sofferenza del corpo e dello spirito, e certamente fra le poche "sostanze proibite" di cui la medicina non potrà mai fare a meno.

---

nota quasi-biografica sull'autore

Crede fermamente che *"tutti gli uomini sono creati uguali, e che sono dotati dal loro Creatore di certi diritti inalienabili, tra i quali la vita, la libertà e il perseguimento della felicità"*. Dopo le stelle nelle notti serene, le cose che più lo fanno sognare sono le poesie di Saffo e San Giovanni della Croce, la voce di Billie Holiday e la musica di Mozart e Schumann. È membro del comitato scientifico di *Forum droghe* e della redazione di *Fuoriluogo*.

lire 24.000